

# DOMANDA DI AMMISSIONE AI PERMESSI LEGGE 104/1992

(ART.33 COMMA 3 e modifiche apportate con D.L. 30/06/2022 n. 105)

(Se stessi, coniuge, la parte di unione civile o il convivente di fatto, parente o affine entro il 2° grado: genitori, figli, nonni, fratelli, sorelle, suoceri, cognati)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO *Uditore-Setti Carraro*

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
qualifica\_\_\_\_\_ tempo determinato/indeterminato presso  
\_\_\_\_\_

- con rapporto di lavoro a tempo pieno;  
 con rapporto di lavoro a tempo parziale al \_\_\_\_\_%, con articolazione  orizzontale  verticale  
 mista

## C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la  
sig. \_\_\_\_\_ (coniuge / figlio / madre / padre /  
\_\_\_\_\_) nato a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ -il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ -  
Via \_\_\_\_\_

Il/L\_\_\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi  
sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle  
leggi speciali in materia, DICHIARA che:

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- l'altro genitore/coniuge sig. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
non dipendente / dipendente presso \_\_\_\_\_  
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla  
sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di **parentela**  
di ..... grado:
  - non è coniugato;
  - è vedovo;
  - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
  - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
  - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
  - è separato legalmente o divorziato;
  - è coniugato ma in situazione di abbandono;
  - ha entrambi i genitori deceduti,
  - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
  - ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante
- è consapevole che la fruizione dei permessi può essere riconosciuta al referente unico o  
alternativamente ad altro soggetto nel limite massimo mensile di n. 3 giorni complessivi tra i  
beneficiari (il personale ATA può usufruirne anche a ore);

- il soggetto in situazione di disabilità grave **non è ricoverato a tempo pieno**, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- l'accertamento dell'handicap è rivedibile alla data del.....;
- *oppure*
- l'accertamento dell'handicap è irriedibile ;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);

Si allega:

- ❑ copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave " ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza
  - ❑ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
  - ❑ dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave nella quale vengono indicati i familiari che devono prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
  - ❑ nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
  - ❑ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
  - ❑ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
  - è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
  - si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

\_\_\_\_\_li

\_\_\_\_\_ Firma autografa estesa

Allegati:

- ❑ copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave " ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- ❑ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- ❑ dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave nella quale vengono indicati i familiari che devono prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.

- ❑ Documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- ❑ nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
- ❑ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

### DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_-prov. \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

#### DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_