

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ () il _____ C.F. _____

residente a _____ in Via/P.zza _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R.28.12.2000 n.445 in caso di
dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

☐ Di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della commissione ASL

di _____ il _____ non rivedibile/rivedibile a _____ ;

☐ Di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

☐ Di non essere ricoverato/a a tempo pieno in una struttura pubblica o privata;

☐ Di non prestare attività lavorativa;

☐ Di essere parente di 1°/2°/3° grado del/della richiedente, in quanto _____;

☐ Di voler essere assistito/a solo dal/dal la sig./ra _____

nato/a _____ () il _____ C.F. _____

residente a _____ () Via /Piazza _____

Si allega fotocopia del documento di identità.

Luogo e data _____

Il/La dichiarante _____

Al Dirigente Scolastico
Dell' I.C 71° Aganoor Marconi
Napoli

**Oggetto: ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE
DISABILE – (Legge n. 104/1992 art.33 comma 3)**

Io sottoscritto/a _____ nato/a
il _____ a _____ in servizio presso
questa Istituzione Scolastica in qualità di _____

CHIEDE

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art.33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il/la
sig./ra _____ nato/a il _____
a _____ (____) C.F. _____
e residente in _____
con il/la quale è nella seguente relazione di parentela: _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle stabilite e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000) e che la S.V. può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

DICHIARA CHE:

- ☐ l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____,
ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/1992), con data
di rivedibilità al ____/____/____/senza data di rivedibilità, come risulta dalla certificazione ASL che
si allega /che trovasi già acquisita agli atti della scuola;
- ☐ in attesa della convocazione a visita di accertamento (essendo decorsi 90 giorni dalla predetta istanza) lo
stato di handicap grave della persona sopra indicata risulta accertato dal medico specialista ASL della
patologia inerente l'handicap, come risulta da certificazione provvisoria che si allega;
- ☐ nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- ☐ l'altro genitore: sig./ra _____
nato/a _____ (____) il ____/____/____
C.F. _____ non dipendente/dipendente presso _____
beneficia/non 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/affinità di
3° grado (barrare la voce che interessa):
 - ☐ non è coniugato;
 - ☐ è vedovo/a;
 - ☐ 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 uno o 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 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;
- 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;
- 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;
- è a conoscenza che quando richiede il permesso, la persona assistita, pur essendo la stessa in attività lavorativa, non deve essere impegnato in attività lavorativa nella stessa giornata in cui è richiesto il permesso;
- si impegna a comunicare al Dirigente scolastico – mediante elaborazione di apposito piano mensile – le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile, salvo emergenze, per consentire l'organizzazione dei servizi.
- Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto comunicato/autocertificato con la presente, a cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, esito degli accertamenti da parte della Commissione ASL competente, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).
- consapevole che tali benefici vengono rilasciati senza che l'iter previsto dalla normativa sia concluso, dichiara che, dopo la scadenza dei primi 6 mesi (periodo massimo fruibile in attesa di conclusione del procedimento) in caso di provvedimento definitivo negativo, è tenuto/a a restituire quanto fruito dopo la scadenza dei primi sei mesi poiché divenuto indebito.
- che, preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del D.Lgs 196/2003 acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e dalla comunicazione inerente la presente richiesta:
 - 1) al trattamento di eventuali dati sensibili;
 - 2) alla comunicazione dei propri dati sensibili al trionfo amministrativo pubblico e ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- **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, avendo avuto l'accortezza di oscurare tutti i dati eccedenti e non pertinenti, nel rispetto di quanto previsto dal "codice della privacy).
- **certificato del medico specialista** nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, e, trattandosi di patologia oncologica, pur essendo trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale dalla competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

☐ **certificato del medico specialista** nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, trattandosi di patologia indicate al comma 1, art.2, lettera d), del Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n.278, pur essendo trascorsi 90 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

☐ **dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave** - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina)-nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge *(i permessi possono essere fruiti da un solo familiare per ogni persona disabile 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.

☐ **dichiarazione di altri fratelli/sorelle** che non usufruiscono di non poter assistere con allegata fotocopia documento di identità *(non è necessaria se la persona che richiede il permesso è figlio/a unico/a e/ o convivente)*

☐ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Napoli, _____

Firma del dipendente

Il Dirigente Scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, considera regolare/irregolare la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art.33 e succ.mod.

Motivi di eventuale irregolarità: _____

Il Dirigente Scolastico
Prof. ssa Antonella Federico

**DICHIARAZIONE DI RINUNCIA AI BENEFICI DELLA L.104/92
PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE.**

Io sottoscritt _____
nat. a _____ prov. () il _____
e residente a _____ Provincia _____ C.a.p. _____
in via _____ n° _____,
telefono _____ email _____,
dipendente dell'Azienda _____, ubicata a _____
Provincia _____ C.a.p. _____ in via _____ n° _____,
telefono _____ email _____,
in servizio presso _____
in qualità di _____,

di essere nella seguente relazione di parentela con il/la sig./sig.ra:

(indicare il cognome e nome della persona disabile in situazione di gravità)

- ☐ padre ☐ madre ☐ fratello ☐ sorella ☐ figlio ☐ coniuge
☐ parente entro il secondo grado ☐ affine entro il secondo grado

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR445/2000, così come modificato e integrato dall'art.15 della L.n.3/2003 e dall'art.15 c.1 della L.183/2011, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa ed esclusiva al familiare disabile, per motivi esclusivamente oggettivi (indicare i motivi):

E pertanto rinuncia ad avvalersi dei benefici previsti dall'art.33 della legge 104/92.

Napoli, li _____

firma