

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO di  
FRANCOLISE

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

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

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 .

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:

**DATI DEL DISABILE DA ASSISTERE:** (dati necessari anche per adempiere al debito informativo di cui all'art. 24,commi 4 e 5, della legge n. 183/2010)

- Cognome:\_\_\_\_\_ Nome:\_\_\_\_\_

- Sesso:  Maschio  Femmina

- Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

- Nazione:\_\_\_\_\_

- Provincia:\_\_\_\_\_ Comune:\_\_\_\_\_

- Data di Nascita:\_\_\_\_\_ Codice Fiscale:\_\_\_\_\_

- Residenza: Provincia:\_\_\_\_\_ Comune:\_\_\_\_\_

Via:\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- Tipo disabilità:  Non Rivedibile  Rivedibile Anno Revisione\_\_\_\_\_

- **Parentela:** (il grado di parentela è riferito alla persona assistita. Ad esempio, nel caso si assista un figlio, il grado di parentela del dipendente beneficiario dei permessi è **Genitore**, quindi occorre specificare, nella sezione successiva, se l'assistito (figlio) è minore di tre anni o maggiore e se l'assistenza è prestata congiuntamente all'altro coniuge. Se, invece, la persona assistita è il genitore, il grado di parentela che deve essere inserito è **Figlio**).

Genitore  Coniuge  Figlio  Parente o affine fino al II Grado: \_\_\_\_\_ (specificare)

**Parte da compilare (in aggiunta a quella precedente) se il disabile assistito è il proprio figlio:**

- se l'assistito è un figlio indicare se:

- è minore di tre anni:  SI  NO

- la fruizione è alternativa con l'altro genitore:  SI  NO in caso di risposta affermativa indicare il nome del coniuge \_\_\_\_\_ nato nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_

- l'altro genitore è dipendente pubblico  SI  NO

se si quale amministrazione: \_\_\_\_\_

- di essere stato scelto dal familiare disabile quale referente unico per l'attività di assistenza (nota bene: nel caso di assistenza al figlio disabile, le agevolazioni in esame possono essere fruite da entrambi i genitori, alternativamente) e di assumere il ruolo, e la connessa responsabilità, di punto di riferimento della gestione generale dell'intervento assistenziale, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della sua rispondenza ai bisogni del disabile assistito;
- che, essendo io il referente unico per l'attività di assistenza al soggetto disabile, nessun altro familiare è stato ammesso dal proprio datore di lavoro (pubblico o privato) alla fruizione delle agevolazioni previste dalla legge n.104/1992 e del congedo straordinario di cui all'art. 42, comma 5, del D.lgs. n. 151/2001;
- 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;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- 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

\_\_\_\_\_

**Allegati:**

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;