

**Istanza tendente alla concessione dei permessi per assistenza ad un familiare Disabile –  
(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)**

**Stampare > compilare > consegnare in segreteria**

Prot.n ° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
I.S.I.S.S "G.Galilei-F.Bocchialini"

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in servizio presso  
quest'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 Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a ..... il : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

e residente a ..... con il quale è nella seguente relazione di  
parentela:.....

Lo stesso/a essendo stato/a posto a conoscenza degli art. 75 e 76<sub>2</sub> del DPR 445/2000 e s.m.i.  
relativi alle dichiarazioni mendaci e che la S.V. può procedere ad accertare la veridicità e il  
persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

**DICHIARA CHE:**

◇ **nessun altro familiare** beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di  
disabilità grave;

◇ l'altro genitore Sig./ra ..... C.F. ....

. non dipendente;

dipendente presso.....

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al  
sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

*"chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) è punito ai sensi del codice penale e  
delle leggi speciali in materia".*

Barrare la voce che interessa

◇ il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela  
/affinità di 3° grado:

◇ 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,

***Istanza tendente alla concessione dei permessi per assistenza ad un familiare Disabile – (LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)***

- ◊ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ◊ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;
- ◊ 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, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- ◊ di essere a conoscenza che quando richiede il permesso per la persona assistita, essendo la stessa in attività lavorativa, non presta la predetta attività;
- ◊ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

***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,

**Istanza tendente alla concessione dei permessi per assistenza ad un familiare Disabile –  
(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)**

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.

◊ 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE  
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt..... nato/a a  
..... il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in.....prov.....  
via/piazza..... cap....., C.F. ....

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, dichiara:

- di essere in condizione 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 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di .....grado del richiedente in quanto.....;
- di voler essere assistito/a soltanto dal

Sig./ra.....nato/a a.....

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_; CF.....

e residente a .....

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento n: \_\_\_\_\_.

Rilasciato da.....il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma .....