

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"GIOVANNA FALCONE"

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

A.S. _____ / _____

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

CHIEDE

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 _ 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 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;

- 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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____ il _____

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;
- dichiarazione (*)

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 _____

_____ il _____

FIRMA
