

OGGETTO: **Richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge104/1992 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a
nato/a il.....,
in servizio presso

chiede

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3 (o comma 6), della Legge 104/1992 ai fini dell'assistenza del/la Sig./ra.....
nato/a..... il.....,
C.F. residente a.....,
in Via, n....., con cui è legata dal seguente vincolo di parentela:

A tal fine, 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

- ☐ l'unica persona ad avvalersi del beneficio dell'art. 33 legge 104 modificato dalla legge 53 dell'8 marzo 2000 art. 1 e 20 è il/la dichiarante in quanto il coniuge o il genitore della persona con handicap:
- ☐ ha compiuto i 65 anni di età
 - ☐ è affetto da patologie invalidanti
 - ☐ è deceduto
 - ☐ è mancante
- ☐ Di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:
- NOME _____ COGNOME _____
DATA _____ LUOGO NASCITA _____

il portatore di handicap grave:

- ☐ non è ricoverata a tempo pieno presso strutture pubbliche o private (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);
- ☐ è convivente
- ☐ non è convivente e la distanza stradale tra la residenza del __ sottoscritt__ e della persona in situazione di handicap grave:
- ☐ è inferiore ai 150 km.
 - ☐ è superiore ai 150 km (in tal caso si impegna ad allegare alla presente richiesta titolo di viaggio o altra documentazione idonea che attesti il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito).
- ☐ con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela/affinità di 2° grado
- ☐ con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa esiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado (barrare la voce che interessa) e costui:
- ☐ non è coniugato/a;
 - ☐ è vedovo/a;
 - ☐ è coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - ☐ è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - ☐ è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto;

- ☐ è separato/a legalmente o divorziato/a;
- ☐ è coniugato/a, 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 a conoscenza che

- la richiesta dei permessi è finalizzata non a far fronte a necessità di tipo assistenziale (aiuto all'igiene, aiuto all'alimentazione, supporto personale), ma solamente ad esigenze di tipo 'sanitario';
- se il permesso viene chiesto per un soggetto in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso;
- 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) va tempestivamente comunicata all'Ente di appartenenza entro max. 30gg;
- la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l'effettiva tutela dei disabili;
- ai sensi dell'art. 20, comma 3, della Legge 102/2009, la scrivente può, ove ne ravvisi i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL gli accertamenti sulla sussistenza dei requisiti delle condizioni di invalidità ed handicap della persona per la quale si chiede di usufruire dei benefici di cui alla Legge 104/92;
- qualora la Commissione medica, nelle ipotesi di cui ai punti 2) e 3) di seguito indicati, non dovesse riconoscere i benefici di cui all'oggetto, i giorni o le ore già fruiti, saranno trasformati in altra tipologia di assenza.

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL'APPOSITA COMMISSIONE MEDICA di cui all'art.4, comma 1, della 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;
2. *In alternativa:* nell'ipotesi di patologia oncologica ove, trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave non sia stato ancora rilasciato dalla competente Commissione Medica il verbale di cui al punto 1);
3. certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere;
4. 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 dalla legge;
5. 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;
6. nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

.....

Firma del dipendente

.....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....