

**Domanda di ammissione ai permessi per assistenza portatore di handicap
art. 33 comma 3 - L. 104/92**

**(per: - genitori - coniuge – parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave
e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)**

Al Dirigente Scolastico
I.C. "G. Cena"
Latina

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

residente a _____ in _____

con contratto a tempo:

indeterminato full-time part-time

determinato dal _____ al _____

CHIEDE

Di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

Cognome e nome _____ **rapporto di parentela** _____

C.F. _____ **residente a** _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. _____

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:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min Funz Pubblica n. 155 de 3/12/2010);
- di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile (requisito non richiesto per Legge solo per l'assistenza prestata dai genitori ai figli);
- Solo per dare assistenza a familiari di 3°: il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:
 - non è coniugato/a;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
 - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato
 - è coniugato ma in situazione di abbandono;

- ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ha uno o entrambe 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;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4 – c. 1 L. 104/92 attestante lo stato di "disabilità" (in originale o copia autentica);
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 gg. (in caso di patologie oncologiche) o 90 gg. (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile);
- 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;
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti)

Data _____

Firma del richiedente

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

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, 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 non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di ____ grado del richiedente in quanto _____
- di voler essere assistito soltanto dal sig./ra _____ nata/a a _____
il _____.

Si allega copia del documento di riconoscimento.

Data _____

Firma
