

**Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92**  
(per: - genitori di portatore di handicap grave con età superiore a 18 anni  
- coniuge – parenti/affini entro il 3° grado di portatore di handicap grave)

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo  
"Scopelliti-Green"  
**Rosarno**  
SEDE

**OGGETTO: Richiesta permesso di cui all'art. 33 della L. 104/1992 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (p.s.f. \_\_\_\_\_)  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
dipendente dell'Istituto Comprensivo "**Scopelliti-Green**" il profilo professionale di \_\_\_\_\_  
con contratto a tempo:

determinato                       indeterminato                      dal \_\_\_\_\_

orario intero                       Part time                       Full-time

**CHIEDE**

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della L. 104/92 ai fini dell'assistenza di:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_

**a tal fine dichiara:**

- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;
- altro familiare, \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_  
non dipendente / dipendente presso \_\_\_\_\_  
beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabile grave.

**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 esigenza 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;
- 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 L. 102/2009, lo 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 L. 104/92;
- qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere i benefici di cui all'oggetto, i giorni o le ore già fruiti, saranno trasformati in altra tipologia di assenza.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare ....)

.....

Rosarno, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**ALLEGATI**

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- Copia del Documento di identità del richiedente;
- Copia del Documento di identità della persona da assistere;
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Il Dirigente responsabile della struttura di assegnazione

*Il Dirigente Scolastico  
Dott. Giuseppe Eburnea*



*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.*

