

Terzigno,

Al Dirigente Scolastico
"Domenico Savio"
Terzigno

Oggetto: Domanda di ammissione ai permessi art. 33 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)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____,
in servizio presso questo Ente in qualità di _____,

C H I E D E

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

a. Che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), con revisione prevista per il _____ di:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela ¹ _____

(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

come risulta dalla certificazione che si allega.

b. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro
----------------	-------------------------	-----------------------	---

¹ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);
Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.)

Coloro i seguenti parenti o affini entro il 2° grado, conviventi con la persona sopra indicata, non possono fornire assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza (indicare il n°/lett. corrispondente ad una o più motivazioni sottoelencate)

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata individuate con deliberazione n. 32 del 7.3.2000 dell'INPS:

- 1) Ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104/92, qualora nella famiglia del portatore di handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assistere l'handicappato sono individuabili al verificarsi delle seguenti ipotesi:
 - a) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le *pensioni di inabilità* o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate)
 - b) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le *pensioni di invalidità civile*, *gli assegni di invalidità INPS*, *le rendite INAIL*, e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
 - c) età superiore ai 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
 - d) età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente);
 - e) infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero.
- 2) Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario, anch'essi debitamente documentati, del familiare non lavoratore dovranno essere valutati dal medico della Sede INPS al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza.
- 3) In caso di genitori entrambi lavoratori e di figlio minorenne handicappato grave, la presenza di familiari non lavoratori non pregiudica la possibilità, per uno dei due genitori, di fruire, secondo le condizioni previste, dei permessi per assistere tale figlio.

Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore:

di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

tre giorni al mese;

due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____;

Coloro che richiedono i permessi per l'assistenza a persona disabile dichiarano di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

___ giorni al mese;

___ ore dalle ore _____ alle ore _____;

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 74, 75 e 76 - T.U. delle

di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

oppure

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato

oppure

di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirLe assistenza;

IN CASO DI NON CONVIVENZA INDICARE:

◀ Distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap Km _____

◀ Tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap Ore _____

◀ precisare lo stato di famiglia del portatore di handicap

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Professione (*)

(*) nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di inabilità lavorativa al 100% o invalidità civile superiore ai 2/3, vanno comunque allegate le relative certificazioni.

Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado:

Al Dirigente Scolastico
del Circolo Didattico di TERZIGNO

Il sottoscritto....., nato a il,
residente a in Via,
..... a tempo indeterminato presso codesto Circolo,

CHIEDE

di usufruire dei benefici o agevolazioni previsti dell'art. n. 33 della Legge n. 104\92 e successive modifiche o integrazioni;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. n. 445\2000, di essere l'unica persona del nucleo familiare in grado di assicurare assistenza continuativa al
....., nato a il,
dichiarato persona con minorazione prevista dalla definizione di handicap di cui ai c. 1 e 3 dell'art. 3 della Legge 104\923, con connotazione di gravità, e di usufruire di tali benefici.

Dichiarazione personale del coniuge/dei fratelli/sorelle/genitori/ che non assiste/assistono

Il/la sottoscritto/a.....figlio/a
fratello/sorella, marito/moglie/figlio/figlia

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3

- di non essere in grado di prestare assistenza al genitore/ al fratello/sorella/coniuge handicappato/a in situazione di gravità con necessità di un'assistenza continuativa, globale e permanente per ragioni esclusivamente oggettive, di seguito indicate, tali da non consentire l'effettiva e continuativa assistenza

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

Data.....

Firma.....