

Alla Dirigente Scolastica  
dell'Istituto Comprensivo di  
Roccastrada

**OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
prov. ( ) il \_\_\_\_\_, in servizio in qualità di \_\_\_\_\_  
a tempo determinato indeterminato

**CHIEDE**

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 – comma 3 - della legge 104/1992 per assistere  
il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
(coniuge figlio madre padre  \_\_\_\_\_ )  
nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ ( )

Il/La 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:**

- nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave
- *(solo nel caso di figli)* l'altro genitore sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
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;
- che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;  
**oppure**
- che il soggetto in situazione di disabilità grave è ricoverato a tempo pieno ma necessita comunque di assistenza di un familiare (allegare documentazione)
- 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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

Data \_\_\_\_\_

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 propria e della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazioni del disabile corredata da documenti di riconoscimento(\*)

## DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

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 \_\_\_\_\_;  
*(in alternativa)*
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;  
*(in alternativa)*
- di essere ricoverato a tempo pieno, ma di aver comunque bisogno di assistenza di un familiare (allegare documentazione)
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;  
*(in alternativa)*
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di \_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_