

Oggetto: Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità.

(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente
a _____ Prov. _____ in via _____
in servizio nell'anno scolastico _____ presso codesto istituto scolastico con la
qualifica di _____, con contratto a tempo _____,
Chiede per l'A.S. _____ di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge
104/92 per assistere il/la Sig./ra (nome disabile) _____
Nato/a _____ il _____ e residente a _____
di cui è _____ (grado di parentela)

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza; 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:

- di essere referente unico del genitore disabile e di prestare assistenza con carattere di unicità;
- che i genitori del fratello/sorella disabili si trovano in stato di totale inabilità, come risultante dalla documentazione medica allegata;
- che la persona disabile in situazione di gravità è convivente con il/la sottoscritto/a;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- che l'altro genitore (*da compilare solo in caso di assistenza richiesta per il figlio disabile*):
Sig./ra _____ C.F. _____ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno;
- che il sig. _____, nato il _____
a _____ Prov. _____, residente in _____,
Prov. _____, via _____ C.F. _____
è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione Medica;

- di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:
 - coniuge padre madre fratello sorella figlio
 - parente entro il secondo grado affine entro il secondo grado

- di essere parente/affine di terzo grado del soggetto in situazione di gravità, ma che lo stesso:
 - non è coniugato;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato 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;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente 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).
- in caso di adozione/affidamento;
data del provvedimento _____ rilasciato dal tribunale di _____ provv. n. ____

Alla presente allega:

- copia conforme all'originale del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, 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 in capo al soggetto che necessita di assistenza;
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere se non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile);
- non allega il suddetto verbale, in quanto già agli atti dell'Istituto sede di servizio;
- 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;
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione;
- nei casi previsti, copia conforme all'originale del certificato attestante lo stato di totale inabilità dei genitori del soggetto disabile.

Alghero, _____

Firma
