

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'I.C."GIOVANNI FALCONE"  
DI S. GIOVANNI LA PUNTA

OGGETTO: Modello di richiesta

Legge 104/1992 art. 33 comma 3. a.s.\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat a \_\_\_\_\_ Prov. ( ) il \_\_\_\_\_  
qualifica \_\_\_\_\_ tempo determinato/indeterminato  
presso \_\_\_\_\_

### CHIEDE

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

IL \_ 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

- Di essere l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti di \_\_\_\_\_
- nel caso di assistenza al figlio/a l'altro genitore sig. \_\_\_\_\_

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;

- Di essere 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;

- Di essere 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;
- **Che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso una struttura;**
- 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).

\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegati:

- copia del verbale emesso a cura della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 -comma 3- della Legge 104/1992;
- copia verbale invalidità 100% a cura della commissione medica
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;

### DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

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

Via \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di NON essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di grado del richiedente in quanto (coniuge /figlio /madre / padre /altri congiunti ) ;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ Prov - \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente

in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_