

ISTANZA PERMESSI EX LEGGE 104/1992

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a _____
cognome e nome _____ qualifica _____
in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo _____
nato a _____ provincia _____ il _____
residente in _____
indirizzo e n. civico _____ c.a.p. e località _____ provincia _____

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dall'art. 33 della Legge 104 del 1992 e successive modificazioni in qualità di:

- GENITORE della persona disabile di età inferiore a 3 anni
- GENITORE della persona disabile di età superiore a 3 anni
- PARENTE, AFFINE O CONIUGE di persona con disabilità
- LAVORATORE con disabilità

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000 sull'autocertificazione, consapevole delle pene di legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità*

DICHIARA

A) che l'ASL/INPS di _____, nella seduta del ___ / ___ / _____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

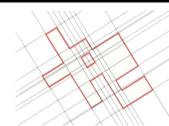
_____ cognome e nome _____ grado di parentela _____ data di adozione/affido _____
nato a _____ provincia _____ il _____
residente in _____
indirizzo e n. civico _____ c.a.p. e località _____ provincia _____
come risulta dalla certificazione che si allega.

B) che la famiglia anagrafica della persona per cui vengono richiesti i permessi è così costituita:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA	EVENTUALE DATORE DI LAVORO

* **AVVERTENZA:** il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.

C) 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;



ISTANZA PERMESSI EX LEGGE 104/1992

D) 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;

E) che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto con disabilità grave;
- che l'altro genitore, sig./ra _____ C.F. _____
dipendente presso _____
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/la sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- che il disabile grave parente / affine di 3° grado per cui si presenta l'istanza:
 - 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 i genitori affetti da patologia invalidante.

Il/La sottoscritto/a **SI IMPEGNA** a comunicare ogni anno la non variata situazione di fatto e di diritto o ogni variazione della stessa da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Il/La sottoscritto/a **ALLEGA** alla presente istanza:

- copia del verbale della 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 L. 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, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile);
- dichiarazione con cui il soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero il suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (come da copia del decreto di nomina pure allegato) - individua il familiare che deve prestare l'assistenza prevista dai termini di legge;
- 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.

Il/la Dichiarante

Data _____

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata: **SI AUTORIZZA** **NON SI AUTORIZZA**
la fruizione dei benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 e successive modificazioni.

MOTIVI DELL'EVENTUALE DINIEGO: _____

_____ firma del **Dirigente Scolastico**