

I.C. "Petrarca"

Data _____

Prot. n. _____/E

Riservato all'ufficio

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Statale
"Petrarca" - Montevarchi

Il/La sottoscritto/a residente a
.....in in servizio presso
l'Istituto Comprensivo "Petrarca" con contratto a tempo:

- indeterminato determinato dal al.....
 tempo pieno part-time orizzontale verticale

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 e successive modificazioni (**per: coniuge - figli - genitori parenti/affini entro il 2° grado disabili in situazione di gravità e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge**)

a giorni per poter assistere:

Cognome e nome **rapporto di parentela**.....

C.F. nato/a il comune di
nascita.....(.....)

Residente a..... in
.....

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

A tal fine, **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 il soggetto in situazione di **disabilità grave** non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata

che il soggetto in situazione di disabilità grave si trova in una delle eccezioni relative al ricovero a tempo pieno indicate al punto 5 della Circ. Min Funz Pubblica n. 13/2010 (allegare documentazione);

che l'accertamento della disabilità grave è **IRRIVEDIBILE** **RIVEDIBILE**;

di essere consapevole che i permessi di cui alla L. 104/92 potranno essere riconosciuti su richiesta da più soggetti tra gli aventi diritto che potranno beneficiarne alternativamente, ai sensi dell' art.3, comma 1, lettera b), n. 2), del decreto legislativo n. 105/2022;

di impegnarsi a comunicare immediatamente gli altri soggetti che si alternano all'assistenza (nome, dati anagrafici e codice fiscale)

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;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto 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*).
- che la distanza dall'abitazione del soggetto che presta assistenza e del disabile è di Km(se superiore a 150 Km. dimostrare alla scuola l'assistenza con titolo di viaggio o simili)

Dichiarazioni dell'altro genitore (per assistenza ai figli minori):

Cognome Nome.....C.F.....

- non dependente dependente presso

- beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio/a con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

Solo per dare assistenza a familiari di 3° grado: il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- non è coniugato/a;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, 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;

Si allega:

- copia certificato ASL competente, attestante **lo stato di "disabilità grave"** in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 inviato dall'INPS;
- documento d'identità del disabile;
- documento d'identità del richiedente;
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (*es. patologie invalidanti*)

.....

data

Firma del richiedente