

ISTITUTO COMPRENSIVO di ZELO BUON PERSICO (Lodi)	<p style="text-align: center;"><b>LEGGE 104 / 1992</b> <b>ART. 33 C. 3</b></p> <p style="text-align: center;">Assistenza ad un familiare disabile</p>	<p style="text-align: center;"><b>Ufficio Personale</b></p> <p style="text-align: center;">Ver. 02/13 Dicembre 2013</p>
---	---	---

Allegato n. 1

**DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE  
(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)**

**COGNOME E NOME**

.....

**LUOGO E DATA DI NASCITA**

.....

**COMUNE DI RESIDENZA**

.....

**CODICE FISCALE**

.....

**INDIRIZZO**

.....

**DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA**

.....

chiede di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il :

Sig./ra (nome disabile) .....

nato/a a .....il.....C.F.....

e residente a .....con il quale è nella seguente relazione di parentela:.....

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:

nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

l'altro genitore:

Sig./ra .....C.F.....

non dipendente / dipendente presso.....

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;

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto  
di parentela / affinità di 3° grado:

- 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 stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
- 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;

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;

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;

si impegna 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)

Si allega:

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 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, 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 del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba 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.

Data.....

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE  
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt..... nato/a a  
..... il .....residente in.....  
prov..... via/piazza..... cap.....  
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28  
dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione 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 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di .....grado del richiedente in quanto.....;
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nato a  
.....il.....CF.....e residente a  
.....

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato  
da.....il.....

Luogo e data.....

**Firma** .....

---