

**OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ prov.  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, qualifica \_\_\_\_\_  
tempo ☐ determinato ☐ indeterminato

**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 / ☐ \_\_\_\_\_)  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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 che:**

☐ nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave

☐ di essere anche l'unico figlio che ha chiesto di fruire per l'intero anno scolastico in cui presenta la domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza ovvero del congedo straordinario ex art. 42 comma 5 del D.L.vo n. 151/2001.

☐ (eventuale) 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 l'unico figlio/a convivente con il genitore disabile.

☐ che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;

• 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;

• 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).

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

**Allegati:**

- ☐ copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- ☐ fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;
- ☐ dichiarazioni del disabile e/o dei parenti corredate da documenti di riconoscimento(\*)

## DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscrit \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_;
- ☐ (*in alternativa*) 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;
- ☐ (*in alternativa*) di non prestare attività lavorativa;
- ☐ di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- ☐ di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DEI PARENTI DEL SOGGETTO DISABILE

documentata impossibilità del coniuge/parente di provvedere all'assistenza per motivi oggettivi ai sensi dell'art. 7 CCNI concernente la mobilità del personale docente, educativo ed A.T.A.

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 parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- ☐ di non potere assistere il proprio ☐ coniuge ☐ parente per i seguenti motivi oggettivi:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

*N.B.*

*L'autodichiarazione rilasciata dagli altri figli non è necessaria laddove il figlio richiedente la precedenza in qualità di referente unico, sia anche l'unico figlio convivente con il genitore disabile. Tale situazione di convivenza deve essere documentata dall'interessato con dichiarazione personale sotto la propria responsabilità, redatta ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28.12.2000, n. 445, così come modificato ed integrato dall'art. 15, della legge 16 gennaio 2003, n. 3 e dall'art. 15 comma 1 della L. 183/2011*

**FIRMA**

\_\_\_\_\_