

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ )  
residente a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) in  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_,

**C H I E D E**

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 ai sensi :

- Art. 33 Comma 6** [persona handicappata maggiorenne in situazione di gravità];
- Art. 33 Comma 3** [assistenza ad un parente o affine entro il terzo grado con handicap in situazione di gravità];

in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;

di fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

- tre giorni al mese (art. 33 comma 3 e 6);
- due ore al giorno (solo art. 33 comma 6) dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (nel limite di 18 ore al mese);

A tal fine, ai sensi delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

**D I C H I A R A**

Che l'ASL 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 <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ (data adozione/affido \_\_\_\_\_)  
data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Prov: \_\_\_\_\_) Residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Prov: \_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

- di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

*oppure*

<sup>1</sup> Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);  
Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, madre, nuora, ecc.).

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli art. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445;

che la persona in situazione di handicap per cui si chiede l'assistenza è attualmente vivente;

**Consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per DICHIARAZIONI non veritiere, dichiara che il proprio nucleo familiare, per il quale vengono richiesti i permessi, è così composto:**

Nome cognome	Data di nascita	Rapporto parentale	Motivazione che impediscono l'assistenza per port. hand.

**Allega:**

- a. Certificazione dell'ASL di accertamento dell'handicap, attestante la connotazione di gravità.
- b. Dichiarazioni (eventuali) degli altri componenti la famiglia dell'assistito sulle motivazioni oggettive che impediscono l'assistenza alla persona in situazione di handicap e che gli stessi non fruiscono dei benefici della L. 104/92 per lo stesso soggetto portatore di handicap.
- c. Copia del documento di identità del richiedente.
- d. Copia del/dei documento/i d'identità degli altri componenti della famiglia dell'assistito.

Data \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguiti, ai sensi del D.lgs 193/ 2003.

Firma

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VISTA** l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Carmen L. APICELLA

\_\_\_\_\_