

**ISTANZA PER USUFRUIRE DEI BENEFICI PER ASSISTENZA AI FAMILIARI IN  
SITUAZIONE DI GRAVITA'**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto

" A. Moratti " di Fivizzano  
(MS)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in servizio presso questa Istituzione scolastica in

qualità di

docente a  tempo indeterminato -  determinato

assistente amministrativo  collaboratore scolastico

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona  
disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del  
permesso retribuito di 3 giorni mensili per l'assistenza del proprio familiare

Cognome e nome \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Codice fiscale \_\_\_\_\_ rapporto di  
parentela \_\_\_\_\_

persona disabile in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art.3 ed accertata ai sensi  
dell'art.4 della Legge sopra indicata.

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 proprio familiare è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla  
Commissione (art. 4, c.1. L 104/92) di \_\_\_\_\_
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura  
pubblica o privata
- che nessun altro familiare beneficia del permesso o dei riposi per la stessa persona  
disabile in situazione di gravità
- non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato;
- di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al  
disabile (requisito non richiesto solo per l'assistenza prestata dai genitori ai figli);
- 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;

Allega alla presente:

1) \_\_\_\_\_ certificato, in originale o  
conforme, rilasciato dall'ASL n. \_\_\_\_\_ di

\_\_\_\_\_ attestante lo stato di

disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare;

2) dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva. *In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio* (ALLEGATO 1);

3) dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto (ALLEGATO 2);

4) dichiarazione che il coniuge e/o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età, oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (ALLEGATO 3);

5) Altra documentazione utile \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza.

Consapevole dell'impegno assunto e degli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per tale assistenza e delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci, assume formale impegno di comunicare tempestivamente l'eventuale intervenuta variazione della situazione di fatto e di diritto che venisse a determinare la perdita delle agevolazioni richieste con la presente istanza. Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

Data e luogo \_\_\_\_\_

IN FEDE

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992-

Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col richiedente e che il richiedente medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva.

*In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio.*

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, familiare  
con disabilità grave con la presente

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità), il\la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92, è l'unico referente alla propria assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario.

Si allega documento di identità del sottoscritto.

IN FEDE

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992-

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE GRAVE

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

convivente

non convivente

con il/la familiare disabile Sig./ra \_\_\_\_\_  
(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, per cui  
il\la Sig.\ra \_\_\_\_\_ ha richiesto al suo datore di  
lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92,

*DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'*

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, di non essere nelle condizioni di poter prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico

---

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992-

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

DICHIARA

che il familiare \_\_\_\_\_ in stato di disabilità grave per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo ed in via esclusiva dal parte del/della sottoscritto/a.

IN FEDE

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992-

**Dichiarazione che il coniuge e\o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, familiare con disabilità grave, con la presente comunica che il/la Sig. \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92, ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000

DICHIARA

che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ è l'unico referente alla propria assistenza, alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso rapporto fiduciario in quanto il proprio coniuge e\o i genitori:

*sbarrare la casella che interessa*

- hanno superato i 65 anni di età
- sono affetti da patologie invalidanti
- sono deceduti
- sono mancanti

Si allega documento di identità del sottoscritto.

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_\_

IN FEDE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

**(ART. 46 DEL DPR 28.12.2000 N.445)**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ , nata a \_\_\_\_\_ ( ) il  
\_\_\_\_\_, dichiara sotto la propria responsabilità di essere unico  
referente per la Sig. ra \_\_\_\_\_ , nata a  
\_\_\_\_\_ (MS) il \_\_\_\_\_ , ( )  
persona con handicap in situazione di gravità .

La scrivente pertanto assume il “ruolo e la connessa responsabilità di porsi quale  
punto di riferimento della gestione generale dell'intervento, assicurandone il  
coordinamento e curando la costante verifica della rispondenza ai bisogni  
dell'assistito”

Fivizzano, \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE PERSONALE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 T.U. – D.P.R. 28/12/2000 N.445**

Il /la sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ .

Grado di parentela \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che:

Il /la Sig./ra fratello/ sorella \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

**NON può prestare assistenza al disabile in situazione di gravità perché affetto/a da**

**Patologia invalidante ( ved. cert.allegato).**

Fivizzano li, \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

**Dichiarazione personale dei fratelli /sorelle/ parenti e affini entro il terzo grado che non sono in grado di assistere il disabile**

La/ Il sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

sorella/fratello della Sig.ra ..... disabile in situazione di gravità,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011,

- **di non essere in grado** di effettuare l'assistenza alla sorella disabile, in situazione di gravità con necessità di un'assistenza continuativa, globale e permanente, per l'età e per motivi di salute (come da certificato medico allegato).

Data.....

Firma.....