

Al Dirigente Scolastico
I.C. A. Moratti
FIVIZZANO (MS)

Oggetto: **istanza tendente alla concessione dei permessi per assistenza ad un familiare Disabile - (LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ in servizio presso
quest'Istituzione Scolastica in qualità di _____

chiede

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra nato/a aprov. (.....) il.....C.F.....e residente acon 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. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA CHE:

-Barrare la voce che interessa

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- 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 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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Allega alla presente la seguente documentazione:

- 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. avendo avuto l'accortezza di oscurare tutti i dati eccedenti e non pertinenti, nel rispetto di quanto previsto dal "codice della privacy).

certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, e, trattandosi di patologia oncologica, pur essendo trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale dalla competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruiti, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, trattandosi di patologia indicate al comma 1, art.2, lettera d), del Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n°278, pur essendo trascorsi 90 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruiti, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

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.

Fivizzano, _____

Firma del dipendente

**DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CHE ESERCITA LA POTESTA'
GENITORIALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELLA
PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE**

Il/la sottoscritto/a nato/a
a ilCF.....residente
in..... prov..... via/piazza.....
cap..... In qualità di } **genitore** } **tutore**, } **curatore**, } **amministratore di**
sostegno del Sig./ranato/a
a.....il.....CF.....residente
a..... 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 che:

il/la Sig./ra

è parente di.....grado del Sig./ra.....in quanto.....;

consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla
stessa persona disabile in situazione di gravità, intende essere assistito soltanto dal
Sig/ra.....nato/a a.....

il.....CF.....e residente a

è in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L. n.104/92

riconosciuta con verbale della Commissione ASL di.....il.....;

è in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

non è ricoverato a tempo pieno

svolge attività lavorativa e che beneficia delle agevolazioni previste dalla legge
104/1992;

non presta attività lavorativa.

Firma

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 _____