

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. Lugo1 "F.Baracca"  
Lugo (RA)

**Oggetto:** Istanza per la concessione dei permessi per assistenza ad un familiare disabile (L. n. 104/92 art. 33 comma 3).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_, con contratto a T.D. / T. I. e in servizio  
presso codesto Istituto, con la presente

**CHIEDE**

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92 e ss.mm.ii, di essere ammesso/a alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di \_\_\_\_\_ giorni mensili per l'assistenza del proprio familiare, sig./sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, che risiede nel Comune di \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, disabile in situazione di gravità.

Tutto ciò premesso, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

quanto segue:

- Che il sig. / la sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, risulta portatore di handicap grave, come accertato dall'INPS di \_\_\_\_\_ con verbale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- Che il grado di parentela intercorrente fra il sig. / la sig.ra \_\_\_\_\_ e lo/la scrivente è il seguente: \_\_\_\_\_;
- Che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso una struttura pubblica o privata e che necessità di assistenza a carattere continuativo;
- Che il portatore di handicap è privo di  genitori  coniuge
- Che il portatore di handicap  svolge  non svolge attività lavorativa
- Che il sig. / la sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, risiede nel comune di \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- Di essere l'unico lavoratore a fruire dei permessi ex Legge 104/92, art. 33 c. 3 per l'assistenza al disabile sopra indicato (allegare Mod. B);

oppure

- Ai sensi del D.Lgs. 105/22, che l'assistenza alla persona con disabilità sopra indicata è effettuata in via alternativa con la / le seguenti persone:
  1. Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)
  2. Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_);

Che i sottoelencati familiari / fratelli / sorelle

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

sono impossibilitati ad assistere il/la proprio/a congiunto/a per i motivi di seguito indicati:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Di essere 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; 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 solo per l'effettiva tutela del disabile.
- Di impegnarsi e comunicare al Dirigente Scolastico, mediante elaborazione di apposito piano mensile, le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile, salvo emergenze, per consentire l'organizzazione del servizio.
- Che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (ricovero a tempo pieno presso strutture assistenziali, trasferimento delle agevolazioni ed altro familiare, decesso, etc..).
- Di essere a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Si allegano:

- Copia del verbale della competente Commissione Medica, attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 c. 3 della Legge 104/1992;
- Fotocopia della carta di identità e del codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- Fotocopia della carta di identità e del codice fiscale del/la richiedente.

Lugo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, considera

regolare  irregolare

la fruizione dei benefici previsti dalla L. 104/92, art. 33 e ss.mm.ii. e ne decreta

la possibilità di fruizione  la non possibilità di fruizione

Motivi di eventuale irregolarità:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lugo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_