

**Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92 (per: - genitori - coniuge – parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)**

Data \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. "Dante Alighieri"  
di Venezia

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_, in servizio presso Codesto Istituto  
in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo indeterminato /determinato,

**CHIEDE**

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

rapporto di parentela \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

\_\_\_\_\_

distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. \_\_\_\_\_

(Se superiore a 150 Km. dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

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 disabile è in vita;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min Funz Pubblica n. 13/2010);
- nessun altro familiare lavoratore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato;
- non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità;
- di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile (requisito non richiesto per Legge 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;
- 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 (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

\_ Dichiarazioni dell'altro genitore (per assistenza ai figli minori): Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, non dipendente

oppure

dipendente presso \_\_\_\_\_

- beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio/a con disabilità grave;
- non beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio/a con disabilità grave.

\_ Solo per dare assistenza a familiari di 3°: il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

° non è coniugato/a;

° è vedovo/a;

° è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;

° è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;

° è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato

° è coniugato ma in situazione di abbandono;

° ha uno o entrambi i genitori deceduti;

° ha uno o entrambe i genitori con più di 65 anni di età;

° ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

**Si allega:**

\_ copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica),

\_ ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda

Firma del richiedente

Per presa visione:  
La Dirigente Scolastica  
Isabella Polidoro

**AVVERTENZA:**

Ai sensi dell'Art. 6, punto 1. lettera b), del Decreto legislativo 18 luglio 2011, n. 119: "il lavoratore che usufruisce dei permessi per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito."

# Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la Sottoscritto/\_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

## DICHIARA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Luogo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante  
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.