



AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
MONTEFALCO - CASTEL RITALDI

**OGGETTO: fruizione permessi Legge 104/1992**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
qualifica\_\_\_\_\_ tempo determinato/indeterminato presso  
questa Istituzione Scolastica

**C H I E D E**

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 - comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
con il quale è nella seguente relazione di parentela: \_\_\_\_\_

Il/L\_\_\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_, 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:

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. \_\_\_\_\_
- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave
- l'altro genitore sig. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
non dipendente / dipendente presso \_\_\_\_\_  
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- 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 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;
- ❑ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

A tal fine si allega:

- ✓ 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
- ✓ 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

\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_