



ISTITUTO COMPRENSIVO DI BRISIGHELLA

P.tta G. Pianori, 4 – 48013 Brisighella (RA) – Tel 0546-81214
Cod.Fisc. 81001800390–Cod.Mecc. RAIC80700A-Cod.Fatt.U F4HBY

E-mail: raic80700a@istruzione.it -PEC: RAIC80700A@PEC.ISTRUZIONE.IT

SITO WEB: www.icbrisighella.gov.it



Al Dirigente Scolastico

Oggetto: richiesta di permessi per l'assistenza ai familiari (coniugi, parenti ed affini) disabili in situazione di gravità (art. 33, Legge 05/02/1992 n. 104, come modificato dall'art. 20, Legge 08/03/2000 n. 53, dall'art. 24 Legge 04/11/2010 n. 183 e dall'art. 6, c. 1, lett. a), D. Lgs. 18/07/2011 n. 119)

_____ a _____
pr (_____) il _____ e residente a _____ pr (_____)
cap (_____) in _____
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____,
con contratto a tempo _____ ;

CHIEDE

- per assistere figli con età superiore a tre anni, coniuge, parenti ed affini disabili in situazione di gravità:
 - di usufruire di n. _____ giorni di permesso retribuito mensile (massimo 3 , art. 33, commi 3 e 3 bis Legge 05/02/1992 n. 104) dal _____ al _____ oppure dalle ore _____ alle ore _____ dei giorni _____ - _____ - _____
- per assistere figli minori di tre anni in situazione di gravità:
 - di usufruire delle ore di permesso giornaliero (art. 42, c. 1, D. Lgs 26/03 //2001 n. 151) dal _____ al _____
 - di usufruire di n. _____ giorni di permesso retribuito mensile (massimo 3) (art. 33, commi 3 e 3 bis Legge 05/02/1992 n. 104) dal _____ al _____, oppure dalle ore _____ alle ore _____ dei giorni _____ - _____ - _____

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 DPR 28/12/2000 n. 445, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza e 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

DICHIARA

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- che l'altro genitore *(da compilare solo in caso di assistenza richiesta per il figlio disabile)*
_____ CF _____ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra i due genitori;
- che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno;
- che _____ a _____ pr (_____) il _____ e residente a _____ pr (_____) cap (_____) in _____ CF _____ è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, c. 1, Legge 05/02/1992 n. 104) di _____;
- di essere _____ di terzo grado del soggetto in situazione di gravità, ma che lo stesso:
 1. Non è coniugato/a
 2. È vedovo/a
 3. È coniugato/a ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
 4. È coniugato/a ma il coniuge è affetto/a da patologia invalidante
 5. È stato/a coniugato/a ma il coniuge è deceduto/a
 6. È separato/a legalmente o divorziato/a
 7. È coniugato/a, ma in situazione di abbandono
 8. Ha uno o entrambi i genitori deceduti
 9. Ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
 10. Ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante
- di impegnarsi 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)
- in caso di adozione/affidamento: Provvedimento n. _____ del _____ rilasciato dal Tribunale di _____

_____, _____ li, _____

Firma

Recapito diverso da quello abituale per eventuali comunicazioni

_____ pr (_____) cap (_____)
in _____ tel/cell _____

Alla presente allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, c.1, Legge 05/02/1992 n. 104 integrata ai sensi dell'art. 20, c. 1, D. Lgs. 01/07/2009 n. 78 convertito nella Legge 03/08/2009 n. 102 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, c. 3, Legge 05/02/1992 n. 104 in capo al soggetto che necessita di assistenza;
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile);
- 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;
- se la persona da assistere è residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore richiedente, titolo di viaggio o altra documentazione idonea ad attestare il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito

Firma Digitale (Dirigente / Dsga)