Al Dirigente Scolastico
Dell' Istituto Comprensivo Statale
Di **FRANCAVILLA DI SICILIA**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Prov._____) in Via/Piazza _____ n°____,

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____,

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- ☐ genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- ☐ genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- ☐ parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- ☐ disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

a. Che l'ASL di _____, nella seduta del _____/____/_____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:
Cognome e Nome _____ Grado di parentela [1]_____
(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____
Residente a _____, in Via/Piazza _____ come risulta dalla certificazione che si allega.

b. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

☐ di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;

☐ che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
oppure
☐ che altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due familiari (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro familiare);

☐ di essere convivente e residente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato

---

1 Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);
Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).

oppure

☐ di non essere convivente e residente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornire assistenza;

Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado:

☐ che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata, non possono fornire assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	**Motivo per cui non può prestare assistenza** (indicare il n°/lett. corrispondente ad una o più motivazioni sottoelencate

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata individuate con deliberazione n. 32 del 7.3.2000 dell'INPS:

1) Ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104/92, qualora nella famiglia del portatore di handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assistere l'handicappato sono individuabili al verificarsi delle seguenti ipotesi:
   a) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le *pensioni di inabilità* o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate)
   b) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le *pensioni di invalidità civile,* gli *assegni di invalidità* INPS, *le rendite INAIL*, e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
   c) età superiore ai 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
   d) età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente);
   e) infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero.
2) Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario, anch'essi debitamente documentati, del familiare non lavoratore dovranno essere valutati dal medico della Sede INPS al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza.
3) In caso di genitori entrambi lavoratori e di figlio minorenne handicappato grave, la presenza di familiari non lavoratori non pregiudica la possibilità, per uno dei due genitori, di fruire, secondo le condizioni previste, dei permessi per assistere tale figlio.

Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore:

☐ di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
☐ tre giorni al mese;
☐ di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Il/la Dichiarante

Data _____ _____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE

Il/La sottoscritt__ _____nat__a _____ prov. (_____) il _____

Conviventi/non conviventi con il/la Sig ._____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____ , familiare disabile,

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:_____

_____

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li,_____ Firme _____