MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "OLGA ROVERE"
Via San Rocco, 58 - 00068 - RIGNANO FLAMINIO - ROMA
☎ **0761 597012 Fax 0761 506301**
C.F. 97198420586 - C.M. RMIC877001 - 31° Distretto Scolastico
sito web: www.olgarovere.gov.it **e-mail:** RMIC877001@istruzione.it
PEC: rmic877001@pec.istruzione.it

DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE

(LEGGE104/1992 ART.33 COMMA 3)

Il/La sottoscritto/a_____
in servizio presso questo Istituto in qualità di:
[ ] DOCENTE [ ] DSGA [ ] ASSISTENTE AMMINISTRATIVO [ ] COLLABORATORE SCOLASTICO, con rapporto di lavoro [ ] a tempo indeterminato [ ] a tempo determinato

chiede

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra (nome disabile) ……
nato/a a ……..il……..……C.F……..
e residente a ……. con il quale è nella seguente relazione di parentela:……

MODALITA' DI FRUIZIONE DEI PERMESSI

- **3 giorni** interi di permesso al mese;
- **18 ore** mensili da ripartire nelle giornate lavorative secondo le esigenze personali, frazionabili e fruibili per un tempo pari o superiore ad un'ora; le predette ore, se fruite per l'intera giornata, comporteranno un abbattimento dell'orario teorico giornaliero (pari a 7 ore e 12 minuti).

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:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

- l'altro genitore:
  Sig./ra ……C.F……
  [ ] non è dipendente [ ]è dipendente
  presso……..
  beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al 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 stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
- 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;

- presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero necessità delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;

- 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, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;

- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

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.

- 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.

Data…… Firma del dipendente

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "OLGA ROVERE"
Via San Rocco, 58 - 00068 - RIGNANO FLAMINIO - ROMA
☎ **0761 597012 Fax 0761 506301**
C.F. 97198420586 - C.M. RMIC877001 - 31° Distretto Scolastico
sito web: www.olgarovere.gov.it **e-mail:** RMIC877001@istruzione.it
PEC: rmic877001@pec.istruzione.it

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt……..
nato/a a …….. il ……residente in…… prov……..…
via/piazza……..… cap……..…….
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di……il……..;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di …….grado del richiedente in quanto……..;
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra……nato a ……il……..CF……..e residente a ……..

MODALITA' DI FRUIZIONE DEI PERMESSI:

- **2 ore** di permesso al giorno per ciascun giorno lavorativo del mese;
- **3 giorni** interi di permesso al mese;
- **18 ore** mensili da ripartire nelle giornate lavorative secondo le esigenze personali, frazionabili e fruibili per un tempo pari o superiore ad un'ora; le predette ore, se fruite per l'intera giornata, comporteranno un abbattimento dell'orario teorico giornaliero (pari a 7 ore e 12 minuti).

Si allega copia del documento di riconoscimento n……..rilasciato da……il……

Firma ……

Luogo e data……

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "OLGA ROVERE"
Via San Rocco, 58 - 00068 - RIGNANO FLAMINIO - ROMA
☎ **0761 597012 Fax 0761 506301**
C.F. 97198420586 - C.M. RMIC877001 - 31° Distretto Scolastico
sito web: www.olgarovere.gov.it **e-mail:** RMIC877001@istruzione.it
PEC: rmic877001@pec.istruzione.it