



**Istituto di Istruzione Superiore
"ORSO MARIO CORBINO"**

via Verona, 2 - 90047 Partinico (PA) tel. 091 8902015 – fax 091 8906219
e-mail: pais034005@istruzione.it PEC: pais034005@pec.istruzione.it sito WEB: www.iis-orsocorbino.edu.it

**DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE
(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)**

Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "O. M. Corbino" - Partinico

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)

il _____, Codice Fiscale _____ -residente a _____

Via _____ n. _____, insegnante a tempo determinato/indeterminato per la classe di
concorso _____ presso questo Istituto

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 04/1992 per poter assistere

il Sig./ra (nome disabile) _____ nato/a a _____

il _____ C.F. _____ e residente a _____ con il/la

quale è nella seguente relazione di parentela: _____

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:

- 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, 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 consegue 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 _____ -

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ prov _____

Via _____ 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 sé 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 _____ C.F. _____
e residente a _____ con il quale è nella seguente relazione di parentela:

Si allega copia del documento di riconoscimento _____ n _____
rilasciato da _____ il _____

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____ -