

DOMANDA PERMESSI LEGGE n. 104/1992 ART.3 COMMA 3

prot.

Al Dirigente scolastico
dell'I.C. " Anzio 3 "

Oggetto: *istanza per la concessione dei permessi previsti dalla L. 104/1992 art.3 comma 3*

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ in servizio

presso questa Istituzione Scolastica in qualità di _____

chiede

di fruire dei permessi previsti dall'art. 3 comma 3 della legge 104/1992

- ☐ per se stesso
- ☐ per poter assistere il/la

Sig./ra _____ nato/a

a _____ il _____ C.F. _____

e residente a _____ con il

quale è nella seguente relazione di parentela _____ 1°- 2°- 3° Grado

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 (barrare le voci dichiarate):

- ☐ nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- ☐ altri familiari beneficiano dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela e/o affinità di 3° grado: (Compilare solo in caso 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 patologia 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, 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 definitivo/provisorio 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 (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito)
- 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 sono indicati i familiari che prestano l'assistenza prevista dai termini di legge.
- fotocopia documento di identità in corso di validità del soggetto in situazione di disabilità grave.
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
- dichiarazione di eventuale rinuncia ai benefici per assistenza del familiare disabile da parte di parenti o affini che potrebbero usufruirne (con fotocopia documento di identità).

Anzio, _____

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 _____ il _____

residente in _____ prov _____

via/p.zza _____ 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 ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 accertata con verbale dalla Commissione preposta Asl di:

_____ in data _____

- ☐ 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 L. 104/92 per se stesso;

- ☐ di non prestare attività lavorativa

- ☐ che i parenti/affini che potrebbero per legge beneficiare dei permessi per l'assistenza sono:

(Compilare obbligatoriamente per gli eventuali controlli da parte dell'Amministrazione)

Sig./ra _____ parente/affine in quanto _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ prov _____

via/p.zza _____ cap _____

attività lavorativa _____ presso _____

indirizzo/recapito sede legale

Sig./ra _____ parente/affine in quanto _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ prov _____

via/p.zza _____ cap _____

attività lavorativa _____ presso _____

indirizzo/recapito sede legale _____

Sig./ra _____ parente/affine in quanto _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ prov _____

via/p.zza _____ cap _____

attività lavorativa _____ presso _____

indirizzo/recapito sede legale _____

Sig./ra _____ parente/affine in quanto _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ prov _____

via/p.zza _____ cap _____

attività lavorativa _____ presso _____

indirizzo/recapito sede legale _____

Sig./ra _____ parente/affine in quanto _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ prov _____

via/p.zza _____ cap _____

attività lavorativa _____ presso _____

indirizzo/recapito sede legale _____

- ☐ di essere consapevole che, nel rispetto del limite dei tre giorni, i permessi L. 104/92 per l'assistenza alla stessa persona con disabilità grave potranno essere riconosciuti su richiesta ad uno o più soggetti tra gli aventi diritto, che potranno beneficiarne in via esclusiva o condivisa e di voler essere assistito (tra i parenti ed affini sopraelencati che potenzialmente potrebbero usufruire del diritto)

- ☐ ESCLUSIVAMENTE dal/dalla Sig./ra _____

_____ con il quale è nella seguente relazione di parentela _____ 1°- 2°- 3° Grado

OPPURE

- ☐ ALTERNATIVAMENTE da

Sig./ra _____

con il/la quale è nella seguente relazione di parentela _____ 1°- 2°- 3° Grado

Sig./ra _____

con il/la quale è nella seguente relazione di parentela _____ 1°- 2°- 3° Grado

Sig./ra _____

con il/la quale è nella seguente relazione di parentela _____ 1°- 2°- 3° Grado

- ☐ Si allega copia di documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma
