

Al Dirigente Scolastico

IC " PAPA GIOVANNI XXIII – CAPOZZI - GALILEI "

VALENZANO (BA)

**DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE  
DISABILE  
(LEGGE104/1992 ART.33 COMMA 3)**

**COGNOME E NOME**.....

**LUOGO E DATA DI NASCITA** .....

**CODICE FISCALE**.....

**COMUNE DI RESIDENZA**.....

**INDIRIZZO**.....

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

seguinte 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:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- normativo altro beneficiario - circolare Inps n° 3096 del 05/08/2022 .....
- l'altro genitore:  
Sig./ra .....C.F.....

non dipendente / 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;
- 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)
- copia del documento di riconoscimento in corso di validità

Data.....

Firma del dipendente

**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 .....

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

Firma .....

Luogo e data.....

## Permessi art. 33.Legge 104/1992. Cronoprogramma mensile

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

in servizio presso questa Istituzione Scolastica , in qualità di \_\_\_\_\_ con  
contratto di lavoro a tempo determinato/indeterminato

CHIEDE

di poter fruire dei seguenti permessi previsti:

- dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92, per l'assistenza del coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti;
- dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92, per se stesso, essendo persona disabile, in situazione di gravità e titolare di un rapporto di lavoro subordinato;
- dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e dall'art. 42 del novellato D.Lgs n. 151/2001 in quanto lavoratrice madre o, in alternativa, lavoratore padre, genitori anche adottivi, di minore con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 4, comma 1, della L. 104/92, fino a 3 anni di vita del bambino;
- dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e dall'art. 42 del novellato D.Lgs n. 151/2001 in quanto lavoratrice madre o, in alternativa, lavoratore padre, genitori anche adottivi, di figlio con handicap in situazione di gravità;

A tal fine presenta il seguente cronoprogramma per il mese di \_\_\_\_\_:

Giorno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Giorno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Giorno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Valenzano, \_\_\_\_\_ Firma del dipendente \_\_\_\_\_

1. **Da presentare entro il 30 del mese precedente la fruizione.** Nel caso di improvvise ed improcrastinabili esigenze di tutela, con dichiarazione scritta sotto la propria responsabilità, il lavoratore ha facoltà di variare la giornata di permesso già programmata (rivedibile in dimostrate situazioni di emergenza) e di chiedere con congruo anticipo di almeno 3 giorni la fruizione di un'altra giornata di permesso in sua sostituzione, al fine di «evitare la compromissione del funzionamento dell'organizzazione».