



ISTITUTO COMPRENSIVO "T. GROSSI"

Via T. Grossi, 35 - 20017 RHO (MI)
C.F. 93546620159- Cod. Mecc. MIIC8FF002 - Tel. 02. 93900447
E-mail miic8ff002@istruzione.it - PEC miic8ff002@pec.istruzione.it
Sito: www.icgrossirho.edu.it - codice univoco ufficio UFZ6T1



AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ (____) Il _____ in servizio presso
questo Istituto in qualità di _____ con contratto a tempo
indeterminato/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:

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./raC.F.....

non lavoratore / 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;

- o è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - o ha uno o entrambi i genitori deceduti,
 - o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - o ha uno o entrambi i 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 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

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
CFe residente a

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

Firma

Luogo e data.....