

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92

(per: genitori - coniuge - parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)

Al Dirigente Scolastico  
ITI A. RIGHI NAPOLI

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di

Docente  Collaboratore scolastico  Assistente Amministrativo con contratto di lavoro a  t. ind.to  t. det.to presso:

sede \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a (se non convivente indicare indirizzo

completo del portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni Km \_\_\_\_\_

(Se superiore a 150 Km dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

*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:*

il disabile è in vita;

l'accertamento dell' handicap è  **IRRIVEDIBILE**  **RIVEDIBILE** il \_\_\_\_\_

il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto :

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ LUOGO NASCITA \_\_\_\_\_

**In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)**

□ Solo per dare assistenza a familiari di 3°:

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- è coniugato;
- coniugato/a;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, 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 i genitori affetti da patologia invalidante.

Si allega:

- copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- dichiarazione dell' altra persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;
- copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;
- dichiarazione di responsabilità e consapevolezza;
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

FIRMA DEL RICHIEDENTE

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.*

*I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.*

*L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.*

Napoli, \_\_\_\_\_

Per presa visione  
\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA**  
(Circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità;

**DICHIARA**

- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- che 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- che 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);
- che è consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi, ai sensi del D.Lgs 105/2022, può essere riconosciuto al sottoscritto/a e/o, alternativamente, ad altro/i soggetto/i previsto/i dalla legge, per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra i beneficiari.

Napoli, \_\_\_\_\_

Il dichiarante

**INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)**

Il Cpia Napoli Città 1, informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte della scuola medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Napoli

Firma

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI AVENTI TITOLO**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Familiare del/la Sig. \_\_\_\_\_ (specificare la  
relazione di parentela o affinità del familiare disabile ) \_\_\_\_\_

***DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'***

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Allega copia documento di riconoscimento debitamente datato e sottoscritto

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

### DICHIARA

- di essere in condizioni 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 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_