

Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. "Corrado Alvaro – Pasquale Megali"
di Melito di Porto Salvo (R.C.)

OGGETTO: Richiesta Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)

IL/La sottoscritto/a _____ nato/ a _____ () il _____, residente a _____
_____prov. _____ Via _____, C.F. _____

in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di _____

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere
il sig. _____ rapporto di parentela(_____)
nato a _____ (). il _____ e residente a _____ (_____)
Via _____

Il/La sottoscritto/a 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 soggetto in situazione di disabilità grave con al quale si presta assistenza

- ☐ 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;
- ☐ che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno

☐ di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro
soggetto beneficia dei permessi per lo stessa persona in situazione di disabilità grave;

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

NOME _____ COGNOME _____ nat_ il _____ a _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti) _____

tel/ _____ mail _____

NOME _____ COGNOME _____ nat_ il _____ a _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti) _____

tel/ _____ mail _____

☐ 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;

☐ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita
della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità,
ricovero a tempo pieno, decesso)

- ☐ Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento
UE 2016/679) e si allega informativa di riferimento controfirmata

_____ li _____

Firma

Allegati:

- 1) copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di invalidità civile e copia del verbale attestante lo stato di
disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- 2) fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;
- 3) dichiarazioni dei parenti corredate da documenti di riconoscimento, nel caso di fruizione condivisa, in via alternativa dei permessi
mensili;
- 4) dichiarazione del soggetto disabile relativa all'indicazione del nominativo del parente/affine dal quale ha scelto di essere assistito