**Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca**

*Istituto Statale d’Istruzione Superiore “Paolina Secco Suardo”*

*Liceo delle Scienze Umane –Liceo Musicale*

Via Angelo Maj, 8 – 24121 Bergamo

Tel. 035.239370 - Fax 035.239482

http: //[*www.suardo.it*](http://www.suardo.it/) - e-mail:info@suardo.it- C.F. 80029600162

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |

Al Dirigente Scolastico

del Liceo Statale d’Istruzione Superiore “P. Secco Suardo”

di Bergamo ( BG )

**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

DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA

………………………………………………………………………………………… chiede di fruire dei permessi previsti dall’art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra ………………………nato/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./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 1° grado:

o non è coniugato;

o è vedovo/a;

o è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;

o è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;

o è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;

o 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 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca**

*Istituto Statale d’Istruzione Superiore “Paolina Secco Suardo”*

*Liceo delle Scienze Umane –Liceo Musicale*

Via Angelo Maj, 8 – 24121 Bergamo

Tel. 035.239370 - Fax 035.239482

http: //[*www.suardo.it*](http://www.suardo.it/) - e-mail:info@suardo.it- C.F. 80029600162

**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in 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………………………………………….;

o di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

o di non essere ricoverato a tempo pieno;

o 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……………………………… Prov……il…………………..CF………………………………..e residente a ………………………………..

Si allega copia del documento di riconoscimento …………………………….rilasciato

dal………………………………………………il……………………

Luogo e data……………………………… Firma …………….…………………………………

**Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca**

*Istituto Statale d’Istruzione Superiore “Paolina Secco Suardo”*

*Liceo delle Scienze Umane –Liceo Musicale*

Via Angelo Maj, 8 – 24121 Bergamo

Tel. 035.239370 - Fax 035.239482

http: //[*www.suardo.it*](http://www.suardo.it/) - e-mail:info@suardo.it- C.F. 80029600162

**DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CHE ESERCITA LA POTESTA’**

**GENITORIALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELLA**

**PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITA’ GRAVE**

**(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritto/a …………………………..…………………………………………………………..……. nato/a a

…………………………………….. il ………………………CF………………………………………………………residente

in…………..………………………….. prov………..… via/piazza…………………………………………………..…..…

cap……..….…. in qualità di □**genitore** □**tutore**, □**curatore**, □**amministratore di**

**sostegno** del Sig./ra ……………………………………………….nato/a a………………………………………………….

il……………………………………………CF…………………………………residente a ………………………………………

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 che:**

il/la Sig./ra ………………………………………….……………………………………………………………………….

o è parente di…………grado del Sig./ra………………………………………..in

quanto………………………………………;

o consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l’assistenza

alla stessa persona disabile in situazione di gravità, intende essere assistito

soltanto dal Sig/ra…………………………………………………………………………..nato/a

a……………………….il……………………..CF………………….e residente a…………………………………..;

o è in condizione di disabilità grave ai sensi dell’art.3, comma 3, della L. n.104/92

riconosciuta con verbale della Commissione ASL di………………………….il…………………….;

o è in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

o non è ricoverato a tempo pieno

o svolge attività lavorativa e di beneficia delle agevolazioni previste dalla legge

104/1992;

o non presta attività lavorativa.

Si allega copia del documento di riconoscimento n……………………………………………rilasciato

da……………………………………………………...il…………………………………………………

Luogo e data

……………………………….. Firma …………………………………