

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, assunto/a a  
tempo indeterminato in qualità di \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter fruire, per l'a.s. **2023/2024**, dei benefici previsti **dall'art.33, comma 3 della L.104/92** per assistenza del portatore di handicap, in situazione di gravità riconosciuta ai sensi dell'art.4 della legge 104/92, sotto indicata:

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

Residenza. Comune \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

PERMESSO RICHIESTO:

**GIORNI DI PERMESSO MENSILI (MASSIMO TRE) CHE SARANNO INDICATI CON PROGRAMMAZIONE MENSILE E IN GIORNI SETTIMANALI NON RICORRENTI, come da CCNL scuola..**

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 D.P.R., 28/12/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

### DICHIARA:

- che il/la disabile in situazione di gravità sopra indicata/o non è ricoverata a tempo pieno in una struttura specializzata;
- che il richiedente presta con continuità ed esclusività assistenza al disabile in situazione di gravità sopra indicata/o;
- Che pur avendo un grado di parentela/affinità di **terzo grado** il familiare **non ha** genitori o coniuge che lo possano assistere perché:
  - mancanti**
  - affetti da patologie invalidanti (documentate)**
  - ultrasessantacinquenni**
- di essere ...l... sol... ad utilizzare i benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 nei confronti del seguente portatore di handicap ..... e che lo stesso è assistito in maniera continuativa solo della sua persona;
- che il predetto portatore di handicap è tutt'ora in vita e non è mai stato ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici.
- di essere 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.
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazione 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.

di impegnarsi a comunicare immediatamente il sopraggiungere di cambiamenti delle situazioni autocertificate e in particolare di quanto dichiarato ai punti di cui sopra e alla revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap grave da parte dell'ASL.

Allo scopo allega:

1. Copia del certificato ASL competente attestante situazione di gravità accertata del comma 1 art.4 L.104/92;
2. certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° di parentela o affinità)
3. Copia documento di riconoscimento del richiedente;
4. Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio\*.

\* solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Distinti saluti

Roma, \_\_\_\_\_