

Protocollo:

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo "Solesino-Stanghella"  
**SOLESINO (PD)**

Oggetto: **Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità.**  
(coniuge, parenti e affini) Art. 33 comma 3 legge 104/1992 e art. 42 T.U. sulla maternità e paternità – decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003).

**RICHIEDENTE:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Grado di parentela con il disabile \_\_\_\_\_  
Telefono\* \_\_\_\_\_ Cellulare\* \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail\* \_\_\_\_\_  
*\* dati facoltativi*

**C H I E D O**

- Per assistere figli con età superiore a tre anni, coniuge, parenti e affini disabili in situazione di gravità:**
- di usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo 3) (art. 33, comma 3, legge 104/92) e della relativa indennità nelle giornate che saranno indicate in tempo utile a codesto Ufficio:  
dal \_\_\_\_\_
- Per assistere figli minori di tre anni di età disabili in situazione di gravità:**
- di usufruire del prolungamento del congedo parentale (art. 33 decreto legislativo 151/2001) e della relativa indennità nei periodi che saranno indicati in tempo utile a codesto Ufficio;
  - di usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo tre) (art. 33, comma 3, legge 104/92) nelle giornate che saranno indicate in tempo utile a codesto Ufficio:  
dal \_\_\_\_\_

**D I C H I A R O**

- di svolgere attività lavorativa a tempo pieno con qualifica di \_\_\_\_\_
- di svolgere attività lavorativa part time:
- orizzontale
  - verticale: n. giorni lavorativi \_\_\_\_\_ n. giorni di lavoro effettivi \_\_\_\_\_
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori

- che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno
- che il signor \_\_\_\_\_ è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, comma 1, della legge 104/92) di \_\_\_\_\_
- di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:
- padre;           • madre;           • fratello;           • sorella;           • figlio;           • coniuge;
  - parente entro il secondo grado;           • affine entro il secondo grado;
- di essere parente/affine di terzo grado della persona disabile in situazione di gravità ma che la stessa: (1)
- non è coniugata;           • è vedova;           • è coniugata, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
  - è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (2);
  - è stata coniugata, ma il coniuge è deceduto;           • è separata legalmente o divorziata (3)
  - è coniugata, ma in situazione di abbandono (4)           • 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 (2)
- Dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
  - Dati dei genitori della persona disabile in situazione di gravità:  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

- (1) *Ai fini del diritto di fruizione dei permessi è sufficiente la sussistenza di una delle condizioni elencate.*
- (2) *Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate dall'art. 2 del Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000. In tal caso deve essere allegata, in busta chiusa, idonea documentazione del medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.*
- (3) *In tale ipotesi è necessario allegare copia del provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di separazione o di divorzio.*
- (4) *In tal caso è necessario allegare copia della documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stato giuridico di abbandono.*

## **IN CASO DI ADOZIONE/AFFIDAMENTO**

Data del provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_

Rilasciato dal Tribunale di \_\_\_\_\_ provvedimento n. \_\_\_\_\_

**Mi impegno a comunicare a codesto Ufficio qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.**

**Sono inoltre consapevole che le Amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.**

**Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DATI DELLA PERSONA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

D I C H I A R O (solo se maggiorenne)

- Di essere coniuge parente o affine entro il secondo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. figlio, cognato, ecc.) \_\_\_\_\_ del richiedente dal quale intende essere assistito
- Di essere parente o affine di terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. nipote, zio) \_\_\_\_\_ del richiedente dal quale intende essere assistito o di essere nelle condizioni dichiarate dal richiedente medesimo
- Di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) di \_\_\_\_\_
- Di non essere ricoverato a tempo pieno
- Di essere impegnato in attività lavorativa e beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92

Firma \_\_\_\_\_

Documentazione allegata:

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione attestante lo stato di handicap in situazione di gravità
- Altro (*Indicare*) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA' CHE SI TROVA IN UNA SITUAZIONE DI IMPEDIMENTO TEMPORANEO PER RAGIONI DI SALUTE**

Io sig. \_\_\_\_\_ ho prestato questa dichiarazione in qualità di (*grado di parentela*) \_\_\_\_\_ del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Firma del familiare \_\_\_\_\_

RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal Sig. \_\_\_\_\_  
(*estremi del documento di riconoscimento*) \_\_\_\_\_  
il quale ha altresì dichiarato di essere (*grado di parentela*) \_\_\_\_\_  
del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Solesino, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**Dichiarazione del disabile in situazione di gravità che non sa o non può firmare**

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante (*estremi di un documento di riconoscimento*) \_\_\_\_\_  
il quale mi ha altresì dichiarato che non può firmare a causa di un impedimento.

Solesino, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal sig. \_\_\_\_\_  
(*estremi di un documento di riconoscimento*) \_\_\_\_\_  
il quale mi ha altresì dichiarato di essere (*grado di parentela*) \_\_\_\_\_  
del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Solesino, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



*ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "Solesino-Stanghella"*

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata,

- SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA

La fruizione dei benefici previsti dalla Legge n. 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi dell'eventuale diniego:

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

Solesino, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO