

**DOMANDA AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO AD USUFRUIRE DI PERMESSI  
PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE  
PER L'ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_ (L. 104/1992 ART. 33)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE**

**Il sottoscritto**

\_\_\_\_\_  
(COGNOME) (NOME) (LUOGO E DATA DI NASCITA)  
\_\_\_\_\_  
(COMUNE DI RESIDENZA) (VIA / N. CIVICO .)

(codice fiscale)

- Docente
- A Tempo Determinato
- Tempo pieno

- Ata
- A Tempo Indeterminato
- Tempo parziale

n. ore \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'autorizzazione a poter fruire dal \_\_\_\_\_ dei benefici previsti dalla legge 104/1992 art. 33

Per assistere figli con età superiore a otto anni, coniuge, parenti e affini disabili in situazione di gravità (art.33, comma 3, legge 104/92)

Per assistere figli fino a 3 anni di età disabili in situazione di gravità

prolungamento del congedo parentale (articolo 33 decreto legislativo 151/2001)

di usufruire di giorni di permesso mensile (art.33 comma 3 legge 104)

Per assistere figli di età compresa tra i tre e gli otto anni di vita disabili in situazione di gravità

prolungamento del congedo parentale (articolo 33 decreto legislativo 151/2001)

di usufruire di giorni di permesso mensile (art.33 comma 3 legge 104)

per le necessità di assistenza di

**DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP**

\_\_\_\_\_  
(COGNOME) (NOME) (LUOGO E DATA DI NASCITA)  
\_\_\_\_\_  
(COMUNE DI RESIDENZA) (VIA / N. CIVICO .)

(codice fiscale)

PORTATORE DI HANDICAP GRAVE ACCERTATO DALL'A.S.L. DI \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_  
RIVEDIBILE  SI (data) \_\_\_\_\_  NO

GRADO DI PARENTELA CON IL DISABILE \_\_\_\_\_

(in caso di grado di parentela di terzo grado documentare l'esistenza delle situazioni eccezionali dell'assenza, dell'età anagrafica o delle gravi patologie)

Allega alla presente: Verbale della competente Commissione ASL attestante lo stato di disabilità grave (art. 3 comma 3 legge 104/92); Allegato A (Dichiarazione sostitutiva); Allegato B (Dichiarazione di consapevolezza e responsabilità)

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del dipendente**  
\_\_\_\_\_

**AII. A****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445 del 2000 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"). Art. 76 del predetto d.P.R. "*Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.*"

**Il sottoscritto \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni false, a corredo della domanda per fruire dei permessi per l'assistenza a soggetti in condizione di handicap grave per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ (l. 104/1992 art. 33), dichiara**

- Nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità.
- 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.
- La persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno.

Dichiara altresì

- l'esistenza in vita del familiare disabile per l'assistenza del quale sono stati concessi i previsti benefici (da rinnovare annualmente);
- che da parte della A.S.L. non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap (da rinnovare annualmente).

Data, .....

Firma del dipendente

-----

**AII. B****DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA  
(circ. 13/2013 Dipartimento Funzione Pubblica)**

**Il sottoscritto, \_\_\_\_\_ a corredo della domanda per fruire dei permessi per l'assistenza a soggetti in condizione di handicap grave per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ (l. 104/1992 art. 33), dichiara:**

- il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- il dipendente 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;
- il dipendente 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 dei disabili;
- il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- il dipendente è consapevole che "L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso." (art. 76, comma 2, d.P.R. n. 445 del 2000). Nell'ipotesi di giustificazione dell'assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa prevede la comminazione del licenziamento, e nell'art. 55 quinquies, commi 1 e 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, che, per la stessa ipotesi, prevedono la reclusione e la multa, oltre all'obbligo del risarcimento del danno patrimoniale e del danno all'immagine subiti dall'amministrazione;
- salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa;
- il dipendente è a conoscenza che l'art. 33, comma 3bis della l. n. 104 del 1992 prevede che "Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito".

Data, .....

Firma del dipendente

-----

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DEL  
DISABILE**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

specificare la relazione di parentela con il familiare disabile \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA**

ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n.445 del 28.12.2000, come integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, per i seguenti motivi:

---

\_\_\_\_\_

e, pertanto, di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della legge 104/92 e di non essersene avvalso in precedenza.

- si allega copia documento di riconoscimento

In fede

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_