

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.I.S. TORRICELLI ROMA

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
qualifica\_\_\_\_\_ tempo determinato/indeterminato presso  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter fruire anche per l'anno scolastico 2015-2016 dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 -  
della legge 104/1992 per assistere il/la sig. \_\_\_\_\_

(coniuge / figlio / madre / padre / \_\_\_\_\_) nato a  
\_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ -il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Il/L\_\_\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_, 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:

- Tutta la relativa documentazione è già presente  agli atti dell'Istituto Scolastico  
non presente  agli atti dell'Istituto Scolastico
- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- l'altro genitore sig. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
non dipendente / dipendente presso \_\_\_\_\_  
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/all  
sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- 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;
- Che i fratelli/e di seguito elencati non si avvalgono dei benefici della legge 104/92 art.33 comma 3

NOME E COGNOME

---

---

---

---

---

---

- 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).

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.33 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazione del soggetto disabile
- dichiarazione degli altri aventi titolo

**Mod 2**

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI AVENTI TITOLO**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Familiare del/la Sig. \_\_\_\_\_ (specificare la  
relazione di parentela o affinità del familiare disabile ) \_\_\_\_\_

***DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'***

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Allega copia documento di riconoscimento debitamente datato e sottoscritto

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Mod 3

Modello richiesta di giorni/ore di permesso

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.I.S. TORRICELLI ROMA

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
qualifica \_\_\_\_\_ tempo determinato/indeterminato presso  
\_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di poter fruire dei seguenti permessi previsti dall'art. 33 -comma 3 - della legge 104/1992:

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

oppure giorni

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

di non aver usufruito/di aver usufruito nel corrente mese dei seguenti permessi L. 104/92:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara che è l'unico familiare ad assistere il sig. \_\_\_\_\_ e che lo stesso non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Mod 4

### DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni  
non veritiere, formazione o uso atti falsi

#### DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92  
per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nata  
a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_