

Oggetto: **Richiesta permesso retribuito ex Legge 104/1992 art. 33 c. 3. (\*)**

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

**Chiede**

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. \_\_\_\_\_ (coniuge / figlio / madre / padre / \_\_\_\_\_) nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a, 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 è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. \_\_\_\_\_;
- Che 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;
- Che 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;
- Che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- Che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

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

**(\*) Da presentare, solo la prima volta, per l'acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni di permesso)**

## DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
e residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
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 richiedente;

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

### VISTO:

- si concede
- non si concede

Il Direttore S.G.A.  
Dott. Antonio Maesano

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
Ing. Giuseppe Martino

\_\_\_\_\_