

Al Dirigente Scolastico  
 dell'Istituto Comprensivo "Collecini - Giovanni XXIII"  
 Caserta

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ Prov ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_  
 chiede

di beneficiare dei permessi previsti dalla legge 104/92 art.33 e successive modificazioni in qualità di:

- Genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- Genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- Parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (Grado di parentela \_\_\_\_\_);
- Disabile lavoratore richiedente i permessi.

A tal fine dichiara di essere

- in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza;
- 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;
- 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 del disabile;

Inoltre si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Si allega alla presente:

1. verbale della commissione medica dal quale risulti l'accertamento della situazione di **handicap grave**, nonché, se del caso, il certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante di cui all'art. 33, comma 3, della l. n. 104;
2. dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà (ALLEGATO N. 1);
3. dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva (ALLEGATO N. 2).

( In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio)

Caserta, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IN FEDE

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(resè 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")

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per dichiarazioni mendaci e false attestazioni, sotto la sua personale responsabilità,

dichiara

quanto segue:

1. il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
2. il sottoscritto è l'unico componente della famiglia, che assiste il familiare disabile.
3. il familiare disabile per l'assistenza del quale sono stati concessi i previsti benefici è in vita;
4. che da parte della A.S.L. non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap.

Caserta, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(rese 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")

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per dichiarazioni mendaci e false attestazioni, sotto la sua personale responsabilità,

dichiara

che il sig. \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva

Caserta, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
IC COLLECINI – GIOVANNI XXIII  
CASERTA

**Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6,  
legge 104/1992, e ss.mm.ii.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_, residente

a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, in servizio presso questa

Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_,

**consapevole**

- ❖ delle disposizioni contenute nel DPR, 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti;
- ❖ delle sanzioni penali previste dall'art.55 quinquies (comma 1 e 2) del D.lgs. n° 165/2001

**dichiara sotto la propria responsabilità**

- che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 per il proprio familiare.
- che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6, della legge 104/92 per la propria persona.

che dal \_\_\_\_\_ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)

**a tal fine specifica**

- che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno presso nessuna Struttura Sanitaria
- di prestare una assistenza sistematica e continuativa al familiare disabile
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto disabile.

**Per quanto dichiarato**

- si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso della amministrazione e ancora in corso di validità
- si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè

- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità)

- 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

CASERTA li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Si deve allegare alla presente OBBLIGATORIAMENTE dichiarazione dell'assistito corredato da documento di riconoscimento.**

Al Dirigente scolastico  
Dell'IC "Collecini - Giovanni XXIII"  
San Leucio – Castel Morrone

Oggetto: richiesta permessi art.33, della Legge 104/1992. Cronoprogramma.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in servizio presso quest'Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

a tempo determinato/indefinito

*chiede*

di poter fruire dei seguenti permessi previsti:

- dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92, per l'assistenza al coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti;
- dall'art. 33, comma 6, della legge 104/92, per se stesso, essendo persona disabile, in situazione di gravità e titolare di un rapporto di lavoro subordinato;
- dall'art. 33, comma 2, della legge 104/92 e dall'art. 42 del novellato D.Lgs.n. 151/2001 in quanto lavoratrice madre o, in alternativa, lavoratore padre, genitori anche adottivi, di minore con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della Legge 104/92, fino a tre anni di vita del bambino;
- dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e dall'art. 42 del novellato D.Lgs.n. 151/2001, in quanto lavoratrice madre o, in alternativa, lavoratore padre, genitori anche adottivi, di figlio con handicap in situazione di gravità;

A tal fine presenta il seguente cronoprogramma mensile:

1. GIORNO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. GIORNO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. GIORNO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**I permessi retribuiti, di cui all'art. 33, devono possibilmente essere fruiti dai docenti in giornate non ricorrenti, art. 15 comma 6 del C.C.N.L comparto scuola**

Per l'assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità, il diritto è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente.

Caserta, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_  
VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_