

Data _____

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo
"Balilla – M.R. Imbriani"
di BARI

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Indirizzo: _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____

con contratto a tempo: determinato ☐ indeterminato ☐

tempo pieno ☐ part time ☐

CHIEDE

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92 in qualità di

- ☐ lavoratore disabile richiedente i permessi
- ☐ genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni
- ☐ genitore della persona disabile di età superiore a tre anni
- ☐ coniuge, parente o affine entro il secondo grado di soggetto con disabilità

Generalità del disabile:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Indirizzo: _____

rapporto di parentela con il richiedente _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione,

DICHIARA

- ⇒ che l'ASL di _____ - _____, nella seduta del ____/____/_____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) come risulta dalla certificazione che si allega.
- ⇒ che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

⇒ che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;

☐ di essere convivente con il soggetto portatore di handicap grave;

oppure

☐ di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap grave, il quale risiede a _____
distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. _____
tempi medi di percorrenza _____

⇒ di assistere in via continuativa ed esclusiva il soggetto disabile;

☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

oppure

☐ pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano nella seguente situazione di oggettiva e documentata impossibilità *:

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara sotto la personale responsabilità:

- di essere 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;
- di essere 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;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, decadenza del beneficio)

Firma del richiedente

ALLEGATI

- ☐ Verbale della Commissione medica di cui all'art.4 L. 104/92, dal quale risulti l'accertamento della situazione di handicap grave, ovvero recante l'attestazione esplicita della sussistenza di situazione di gravità ex art. 3, c. 3, L.104/92)
- ☐ Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica)
- ☐ Documentazione idonea a certificare/attestare il legame di parentela col soggetto in situazione di gravità e la posizione di referente unico per l'assistenza alla stessa persona in situazione di handicap grave.
- ☐ Documentazione idonea a certificare/attestare che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata
- ☐ Documentazione che attesti lo stato di impossibilità temporanea o permanente dei componenti il nucleo familiare di assistere il portatore di handicap grave.

Il responsabile del procedimento

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.



I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

*** Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata individuate con deliberazione n. 32 del 7.3.2000 dell'INPS:**

- 1) Ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104/92, qualora nella famiglia del portatore di handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assistere l'handicappato sono individuabili al verificarsi delle seguenti ipotesi:
 - a) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le *pensioni di inabilità* o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate)
 - b) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le *pensioni di invalidità civile*, gli *assegni di invalidità* INPS, le *rendite INAIL*, e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
 - c) età superiore ai 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
 - d) età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente);
 - e) infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero.
- 2) Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario, anch'essi debitamente documentati, del familiare non lavoratore dovranno essere valutati dal medico della Sede INPS al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza.
- 3) In caso di genitori entrambi lavoratori e di figlio minorenne handicappato grave, la presenza di familiari non lavoratori non pregiudica la possibilità, per uno dei due genitori, di fruire, secondo le condizioni previste, dei permessi per assistere tale figlio.