

➤ **ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEI PERMESSI**

Nel fascicolo sono presenti 4 allegati:

**ALLEGATO A – Dichiarazione** (ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. n. 3/2003 e dall'art.15 c. 1 della L. 183/2011) del soggetto disabile;

- **ALLEGATO B – Istanza per la concessione dei permessi per dipendente disabile;**
- **ALLEGATO C – Istanza per la concessione dei permessi per assistenza ad un familiare disabile;**

**Allegato D - Dichiarazione** (ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. n. 3/2003 e dall'art.15 c. 1 della L. 183/2011) dell' unico componente della famiglia che assiste il familiare disabile.

Presentazione delle istanze:

- Chi presenta l'istanza per dipendente disabile (L. 104/92 art.33 c. 3) dovrà utilizzare e portare compilati in segreteria gli allegati A, B e la copia del verbale INPS per l'accertamento dell'invalidità;
- Chi presenta l'istanza per assistenza ad un familiare disabile (L. 104/92 art.33 c. 3) dovrà utilizzare e portare compilati in segreteria gli allegati A, C e D, con la copia del verbale INPS per l'accertamento dell'invalidità.

➤ **Da rinnovare annualmente:**

- **Dichiarazione** ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. n. 3/2003 e dall'art.15 c. 1 della L. 183/2011, attestante l'esistenza in vita dell'assistito;
- **Dichiarazione** ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. n. 3/2003 e dall'art.15 c. 1 della L. 183/2011, attestante che, da parte dell'ASL, non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap.

**ALLEGATO A** - da compilarsi a cura del portatore di handicap grave (maggiormente)

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_  
**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di  
dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi**

**D I C H I A R A**

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della commissione ASL
- di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ non rivedibile/rivedibile a \_\_\_\_\_;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non. essere ricoverato/a a tempo pieno in una struttura pubblica o privata;
- di non prestare attività lavorativa; di essere parente di 1°/2°/3° grado del/della richiedente, in quanto \_\_\_\_\_;
- di voler essere assistito/a solo dal/dalla sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ ( ) Via/Piazza \_\_\_\_\_

Si allega fotocopia del documento di identità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

La firma non va autenticata; le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, ed in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

## ALLEGATO B

Al Dirigente Scolastico della "I.C. Garibaldi – Pipitone" di Marsala

Oggetto: ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEI PERMESSI PER DIPENDENTE DISABILE (Legge n. 104/1992 art.33 comma 3)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

Chiede

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992.

**A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000) e che la S.V. può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio**

### 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), con data di rivedibilità al \_\_\_\_\_/senza data di rivedibilità, come risulta dalla certificazione ASL che si allega / che trovasi già acquisita agli atti della scuola;
- in attesa della convocazione a visita di accertamento (essendo decorsi 90 giorni dalla predetta istanza) lo stato di handicap grave della persona sopra indicata risulta accertato dal medico specialista ASL della patologia inerente l'handicap, come risulta da certificazione provvisoria che si allega;
- 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;
- si impegna a comunicare al Dirigente scolastico – mediante elaborazione di apposito piano mensile - le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile, salvo emergenze, per consentire l'organizzazione dei servizi.
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).
- che, preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del D.Lgs 196/2003 acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la presente richiesta:
  - 1) al trattamento di eventuali dati sensibili;
  - 2) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza, avendo avuto l'accortezza di oscurare tutti i dati eccedenti e non pertinenti, nel rispetto di quanto previsto dal "codice della privacy).
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, e, trattandosi di patologia oncologica, pur essendo trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale dalla competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, trattandosi di patologia indicate al comma 1, art.2, lettera d), del Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n.278, pur essendo trascorsi 90 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

Marsala, \_\_\_\_\_

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

## ALLEGATO C

Al Dirigente Scolastico della "I.C. Garibaldi – Pipitone" di Marsala

Oggetto: ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE –  
(Legge n. 104/1992 art.33 comma 3)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ in servizio presso questa  
Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il/la  
sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.F. \_\_\_\_\_ e  
residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
con il/la quale è nella seguente relazione di parentela: \_\_\_\_\_

**A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle stabilite e delle pene stabilite dalla legge per false  
attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000) e che la S.V. può procedere ad accertare la veridicità  
e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio**

### 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), con data di rivedibilità al \_\_\_\_\_/senza data di rivedibilità, come risulta dalla certificazione ASL che si allega / che trovasi già acquisita agli atti della scuola; in attesa della convocazione a visita di accertamento (essendo decorsi 90 giorni dalla predetta istanza) lo stato di handicap grave della persona sopra indicata risulta accertato dal medico specialista ASL della patologia inerente l'handicap, come risulta da certificazione provvisoria che si allega; nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore: sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.F. \_\_\_\_\_ non  
dipendente/dipendente presso \_\_\_\_\_  
beneficia/non beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado (barrare la voce che interessa):
  - non è coniugato;  è vedovo/a;
  - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
  - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
  - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
  - è separato legalmente o divorziato;
  - è coniugato ma in situazione di abbandono;
  - ha uno o entrambi i genitori deceduti,
  - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
  - ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;
- 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; 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;

- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- è a conoscenza che quando richiede il permesso, la persona assistita, pur essendo la stessa in attività lavorativa, non deve essere impegnato in attività lavorativa nella stessa giornata in cui è richiesto il permesso;
- si impegna a comunicare al Dirigente scolastico – mediante elaborazione di apposito piano mensile - le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile, salvo emergenze, per consentire l'organizzazione dei servizi.
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto comunicato/autocertificato con la presente, a cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, esito degli accertamenti da parte della Commissione ASL competente, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).
- consapevole che tali benefici vengono rilasciati senza che l'iter previsto dalla normativa sia concluso, dichiara che, dopo la scadenza dei primi 6 mesi (periodo massimo fruibile in attesa di conclusione del procedimento) in caso di provvedimento definitivo negativo, è tenuto/a a restituire quanto fruito dopo la scadenza dei primi sei mesi poiché divenuto indebito.
- che, preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del D.Lgs 196/2003 acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la presente richiesta:
  - 1) al trattamento di eventuali dati sensibili;
  - 2) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza, avendo avuto l'accortezza di oscurare tutti i dati eccedenti e non pertinenti, nel rispetto di quanto previsto dal "codice della privacy"
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, e, trattandosi di patologia oncologica, pur essendo trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale dalla competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruiti, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, trattandosi di patologia indicate al comma 1, art.2, lettera d), del Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n.278, pur essendo trascorsi 90 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruiti, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge (i permessi possono essere fruiti da un solo familiare per ogni persona disabile grave).

- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Marsala, \_\_\_\_\_ Firma del dipendente \_\_\_\_\_

**ALLEGATO D** - da compilarsi a cura del beneficiario

**DICHIARAZIONE DELL' UNICO COMPONENTE DELLA FAMIGLIA CHE ASSISTE IL FAMILIARE DISABILE**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_  
prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
C.a.p. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_, in qualità  
di \_\_\_\_\_,

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. n. 3/2003 e dall'art.15 c. 1 della L. 183/2011

- di essere nella seguente relazione di parentela con il/la sig./sig.ra:

\_\_\_\_\_  
(indicare il cognome e nome della persona disabile in situazione di gravità)

-padre     -madre     -fratello     - sorella     -figlio     - coniuge

-parente entro il secondo grado     -affine entro il secondo grado

- di essere l'unico componente della famiglia nelle condizioni di prestare assistenza continuativa ed esclusiva al familiare disabile;
- che non ci sono altri familiari in grado di prestare la medesima assistenza , per motivi esclusivamente oggettivi (indicare i motivi):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marsala. \_\_\_\_\_, lì

firma \_\_\_\_\_