

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

(per: - genitori - coniuge – parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)

Data \_\_\_\_\_

Alla Dirigente Scolastico  
Del Liceo Scientifico  
“G. GALILEI”  
PALERMO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_, in servizio presso Codesto Liceo in  
qualità di \_\_\_\_\_ a tempo indeterminato /determinato,

### CHIEDE

Di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

**Cognome e nome** \_\_\_\_\_ **rapporto di parentela** \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ **residente a** \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

\_\_\_\_\_

distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. \_\_\_\_\_

(Se superiore a 150 Km. dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

A tal fine, **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:

- Il disabile è in vita;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min Funz Pubblica n. 13/2010);
- nessun altro familiare lavoratore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato;
- non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità
- di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile (requisito non richiesto per Legge solo per l'assistenza prestata dai genitori ai figli);
- 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;
- 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).

- Dichiarazioni dell'altro genitore (per assistenza ai figli minori): Cognome e Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ non dipendente oppure dipendente presso \_\_\_\_\_ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio/a con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- Solo per dare assistenza a familiari di 3°: il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:
  - ° non è coniugato/a;
  - ° è vedovo/a;
  - ° è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
  - ° è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
  - ° è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato
  - ° è coniugato ma in situazione di abbandono;
  - ° ha uno o entrambi i genitori deceduti;
  - ° ha uno o entrambe i genitori con più di 65 anni di età;
  - ° ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

**Si allega:**

- copia certificato ASL competente, attestante lo stato di “disabilità grave” in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica),
- autodichiarazioni a supporto del ruolo di Referente Unico;
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda

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

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Per presa visione:

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_