



Ministero della Pubblica Istruzione
 Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
 ISTITUTO COMPRENSIVO "GIANNI RODARI"
 Via Niobe, 52 - 00118 - ROMA C.F. 97028710586
 Tel/fax 06 79810110 - Tel. 06 79896266 - e-mail: RMIC833007@ISTRUZIONE.IT
 PEC: RMIC833007@PEC.ISTRUZIONE.IT SITO WEB: www.icgiannirodari.gov.it



ALL.2

Prot. _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
 residente a _____ (Prov. _____) 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;
 disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa –
 D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

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

DICHIARA

a. Che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:
 Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____
 (data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____ Residente a _____,
 in Via/Piazza _____ come risulta dalla certificazione che si allega.

b. 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

nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

l'altro genitore:

Sig./raC.F.....

non dipendente / dipendente presso.....

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al 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:

- 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 genitori affetti da patologia invalidante;
- 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;
 - 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;
 - 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)

Si allega:

- 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.
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- 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.
- 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.

Il/la Dichiarante

Data _____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

(Spazio riservato all'ufficio)*****

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata,

- si autorizza
- non si autorizza

la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

eventuale diniego: _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Roma, _____
