

## Domanda di ammissione ai permessi art. 33/21 L.104/92

(per genitori di portatori di handicap grave con età superiore a 18 anni- coniuge- parenti/affini entro 3° grado di portatore di handicap grave)

Bracigliano \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
dell'istituto Comprensivo  
Bracigliano

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Dipendente di codesto istituto con il profilo professionale di \_\_\_\_\_

Con contratto a tempo:      indeterminato                       determinato

   Full-time                                       part-time

### CHIEDE

Di poter fruire dei benefici previsti dalla legge 104/92:

    o Art. 21 comma 1, 3 art.3;

    o Art. 33 comma 1 e 3;

### Per il familiare

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

data di nascita \_\_\_\_\_ comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### a tal fine dichiara:

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

che è convivente con il sottoscritto/a

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

\_\_\_\_\_

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

e il/la sottoscritto/a **assiste** la persona handicappata **con continuità**;

che il nucleo familiare originario del portatore di handicap è composto:

\_\_\_\_\_ rapporto parentela/affinità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ rapporto parentela/affinità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ rapporto parentela/affinità \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ rapporto parentela/affinità \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ rapporto parentela/affinità \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ rapporto parentela/affinità \_\_\_\_\_

- che il sottoscritto assiste la persona handicappata in via esclusiva ed unica, specificando che tra i sopracitati familiari, i seguenti, pur maggiorenni, sono oggettivamente impossibilitati ad assisterla per i seguenti motivi:

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

Inoltre specifica che:

- nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni 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 inoltre:

- che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ed altro familiare

**Bracigliano** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 attesto che la sottoscrizione di cui sopra è stata apposta in mia presenza a seguito di identificazione del dichiarante, preventivamente ammonito sulla responsabilità penale e delle altre conseguenze cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

**Il dipendente addetto**

\_\_\_\_\_

Prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

ALLEGATI:

- Certificato ASL competente attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art.4 L. 104/92 ( *in originale o copia autentica*)
- (*Qualora nel nucleo familiare del portatore di handicap vi siano altri soggetti in grado di assistere l'handicappato, ma impossibilitati perché si trovano in una ipotesi di oggettiva impossibilità*) documentazione che attesti lo stato di impossibilità temporanea o permanente dei componenti il nucleo familiare.
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE PERSONALE NON ASSISTENZA  
PORTATORI DI HANDICAP  
(ART. 33 COMMI 5° E 7° LEGGE 104/92)**

*(AI SENSI DELLA LEGGE N° 15/68 E SUCC. MOD. ED INTEGR.  
E DEL D.P.R. N.403/98 E SUCC. MOD. E INTERGR.)*

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

Nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_ nel

comune \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ familiare del portatore di handicap

Sig. \_\_\_\_\_

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

sotto la propria responsabilità, ai sensi della Legge n. 15/68 e successive modifiche ed integrazioni e del D.P.R. n. 403/98 e successive modifiche ed integrazioni, **DI NON ESSERE NELLE CONDIZIONI DI PRESTARE ASSISTENZA CONTINUATIVA** al familiare disabile, per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della Legge 104/92 e di non essersene avvalso / a in precedenza.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

(1) Specificare la relazione di parentela o affinità

(2) Non necessita di autenticazione o di "visto firmare"

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

e residente a \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_, portatore di  
Handicap in situazione di gravità, riconosciuto/a ai sensi dell'art. 3 ed accertato ai sensi dell'articolo  
4 della legge sopra indicata

### **DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi della legge n. 15/68 e del D.P.R. n. 445/00 e successive  
modifiche ed integrazioni, che l'unica persona dalla quale vuole essere assistita per il rapporto  
fiduciario esistente con il/la sottoscritto/a è il figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via

\_\_\_\_\_ il quale è l'unica persona referente della sua assistenza alla  
quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
di Bracigliano

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

( art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)  
(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_  
a tempo \_\_\_\_\_,

beneficiario 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.

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

### DICHIARA

che nulla è variato rispetto al precedente anno scolastico al fine di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, come da istanza in possesso presso codesta Istituzione Scolastica.

Il/la Dichiarante

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_