

**Oggetto: Domanda di permessi (genitori di portatori di handicap grave maggiorenni, parenti o affini entro il secondo grado di portatori di handicap grave di età superiore a tre anni, coniugi di portatori di handicap grave)** (Art. 42 D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 - Art. 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta Scuola in qualità  
di \_\_\_\_\_  
a tempo indeterminato/determinato,

**C H I E D E**

di poter fruire dei permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/92 in relazione alla seguente persona con handicap grave:

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(nome,cognome, data e luogo di nascita della persona con handicap grave)

e a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara:

- di essere figlio/a;
- di essere parente o affine entro il secondo grado<sup>1</sup> \_\_\_\_\_;
- di essere convivente con il richiedente;
- di non essere convivente con il portatore di handicap grave residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_
- il portatore di handicap grave<sup>2</sup> è stato accertato dall'ASL di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_<sup>3</sup>;
- il portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno in istituti specializzati;
- impegnato in attività lavorativa e beneficiario/a dei permessi della L. 104/92;
- che la composizione della famiglia presso cui risiede la persona con handicap grave è la seguente:

Cognome e Nome	Data e Luogo diNascita	Rapporto di parentela	Professione

- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono richieste le

<sup>1</sup> Specificare il rapporto di parentela

<sup>2</sup> Per i portatori di Sindrome di Down anche dal proprio medico di base con certificato rilasciato su presentazione del "carotipo"(legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94)

<sup>3</sup> Allegare documentazione

- agevolazioni;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap  
(oppure)
  - che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap  
alternativamente con il sottoscritto, nei limiti di tre giorni complessivi per  
entrambi i  
genitori;
  - di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap grave, ma di  
svolgere  
con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun  
altra  
persona è in grado di prestargli assistenza<sup>4</sup>;
  - di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del  
disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni 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  
supportano solo per l'effettiva tutela del disabile.

Il sottoscritto si impegna, nel caso in cui si verificano dei mutamenti di quanto  
dichiarato, a comunicarlo alla scuola tempestivamente.

Dichiaro di essere informato, ai sensi dell'art. 10 della Legge 31 dicembre 1996, n. 675, che i dati sopra riportati  
sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa e  
verranno trattati ed utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Bologna, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

Vista la domanda dell'interessato/a e la documentazione allegata;  
Vista la Legge 104/92;  
Visto il D. Lgs. 151/2001;  
Vista la Legge 53/2000;  
Vista la Legge n. 183 del 04/11/2010;

AUTORIZZA

Il/la dipendente ad usufruire dei permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/92.

Bologna, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_  
<sup>4</sup>; Se gli altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro  
impossibilità a prestare assistenza.

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Scientifico Statale  
"N. Copernico"  
Bologna

---

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

Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, che il congiunto

---

da assistere ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.

Firma