

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Statale  
"Marco Arrio Clymeno" – TORTORA (CS)**

**OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) cap\_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, qualifica \_\_\_\_\_  
contratto a tempo determinato / indeterminato

**C H I E D E**

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 – comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig./ra \_\_\_\_\_ (coniuge / figlio / madre / padre / \_\_\_\_\_)  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Il/L\_\_\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_, 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:

- di essere il **referente unico** quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun'altro soggetto beneficia dei permessi per lo stesso persona in situazione di disabilità grave;
- di non essere il referente unico**, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, **nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi**, alternativamente al seguente avente diritto :

NOME\_\_\_\_\_ COGNOME\_\_\_\_\_ DATA\_\_\_\_\_ LUOGO NASCITA\_\_\_\_\_

**In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)**

\_\_\_\_\_ tel\_\_\_\_\_ mail\_\_\_\_\_

- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).
- Solo per dare assistenza a familiari di terzo grado:**  
il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:
  - è coniugato;
  - 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 entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante.

\_\_\_\_\_li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

*Allegati:*

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 – comma 3 - della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazione dell'altra eventuale persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari, con allegata copia documento di riconoscimento;
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti): \_\_\_\_\_

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