



Liceo Statale "Vito Capiabbi"

**Musicale - Linguistico - Scienze Umane - Scienze Umane con opzione Economico-Sociale**

Via S. Ruba snc - 89900 Vibo Valentia (VV)

Cod. Mecc. VVPM01000T - Cod. Fisc. 96012940795 sito web: www.istitutocapiabbi.gov.it☎ 0963/592415 - Fax 0963/991310 - e-mail: vyvm01000t@istruzione.it - PEC: vyvm01000t@pec.istruzione.it

**DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA A FAMILIARE DISABILE
(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)**

**Al Dirigente Scolastico
Del Liceo Statale Vito Capiabbi
VIBO VALENTIA**

__l__ sottoscritt__ _____
 nat__ a _____ prov. (____) il _____ e residente in
 _____ prov. (____) indirizzo _____
 _____, C.F.: _____, in
 servizio presso codesto Liceo Statale in qualità di _____ con
 contratto di lavoro a tempo ____determinato,

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art.33 c.3 della legge 104/1992 per poter assistere il proprio familiare disabile: Cognome e nome _____
 nato a _____ prov. (____) il _____ e residente a _____
 Prov. (____) Codice Fiscale: _____, che ha il seguente rapporto di parentela
 con __l__ richiedente: _____, parente/affine di _____ grado.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti con le sanzioni previste dalle leggi penali e dalle leggi speciali in materia, dichiara, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28.12.2000, n.445 e successive modifiche ed integrazioni che:

- l'attività di assistenza svolta a favore del soggetto disabile, come sopra identificato, ha carattere di unicità (art. 33, comma 3, L. 104/1992 come modificato dall'art. 24 comma 1 lettera a) della L. 183/2010);
- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- Il soggetto in situazione di disabilità grave, come sopra identificato, non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare INPS del 3 dicembre 2010 n. 155;
- il soggetto in situazione di disabilità grave, come sopra identificato:
 - 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 separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ha entrambi i genitori deceduti,

- ha entrambi i genitori con più di 65 anni di età o affetti da patologia invalidante;
- ha un genitore deceduto e l'altro con più di 65 anni di età o affetto da patologia invalidante;
- non è lavoratore dipendente;
- è lavoratore dipendente presso _____
_____;
- 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;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);
- 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.

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;
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto richiedente, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) e 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 possibile);
- 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;
- ove previsto, nel caso di assistenza ad un genitore, dichiarazione dei fratelli/sorelle con l'indicazione del motivo per cui sono impossibilitati a prestare assistenza;
- copia di un documento d'identità in corso di validità;
- copia del Codice Fiscale.

In fede
