

OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92 –  
legge 4/11/2010 per l'assistenza a persone disabili in situazione  
di handicap grave.

\_l\_ sottoscritt..... nat\_ a \_\_\_\_\_ (prov.) via  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ docente/ATA, assunt\_ con contratto a tempo indeterminato/determinato in  
servizio in questo Istituto

CHIEDE

Ai sensi della legge 104/92 - legge 4/11/2010, di beneficiare del permesso retribuito di n. 3 giorni mensili,  
per prestare assistenza alla seguente persona:

cognome e nome \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_

data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e  
mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi della legge n. 15/1968, dichiara:

- Il familiare è in situazioni di gravità, come da certificazioni rilasciate dal competente collegio medico legale dall'ASL che si allega;
- Per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla gravità dell'handicap da parte delle ASL;
- Il/la sottoscritto/a assiste con continuità
- Il/la sottoscritto/a assiste in via esclusiva il familiare disabile;
- Il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- A tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione a quanto sopra  
dichiarato.

Il/la sottoscritto/a si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio\*.

**\*Solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un  
comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.**

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa prevista dall'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003, n. 196  
recante "codice in materia di protezione dei dati personali" sul trattamento dei dati personali sensibili e  
giudiziari; acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibile giudiziari ed alla loro comunicazione  
anche per via informatica a soggetti che gestiscono servizi pubblici, ad altri Enti o Amministrazioni pubbliche,  
ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali; si impegna a notificare la  
suddetta informativa alla persona assistita ed agli altri parenti o affini interessati alla presente pratica.

FROSINONE , \_\_\_\_\_

Con Osservanza

.....

VISTO: NON/SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Mara BUFALINI)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ in situazione di handicap grave (art.33 comma 3 legge 104/1992)  
coma da certificato rilasciato dalla ASL Commissione Medica competente e prodotto all'I.C. 2°  
Frosinone dal \_\_\_ sig.r \_\_\_\_\_  
ai fini della concessione dei benefici di legge (legge 104/92 art.33 comma 3;  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445;  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti  
falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, così come modificato e integrato  
dall'art. 15 della Legge 16/01/03, n. 3;

**DICHIARA**

- di non essere ricoverat \_\_\_ a tempo pieno;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente \_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_
- di voler essere assistito soltanto dal \_\_\_ sig \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt \_\_\_ inoltre dichiara di aver avuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali, nota n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ dà il consenso al trattamento dei dati personali, di cui alla presente dichiarazione e dei dati sensibili riguardanti la propria persona, di cui alla certificazione dello stato di handicap grave rilasciata dalla ASL – Commissione medica competente da parte dell'Amministrazione Scolastica I.C. 2° Frosinone per le finalità indicate nell'informativa ricevuta

Frosinone \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Allega:

- copia conforme all'originale del documento d'identità.

**Modello Assistenza disabili (Parenti Lavoratori che NON fruiscono dei benefici L.104/1992 art.33 co.3)**

Modello per parente o affine di 3° grado di persona con handicap grave, che **NON si avvale** dei benefici di cui all'art.33,co.3,L.104/92; art.19,lett.a),L.53/2000; Parere n.13 /2008  
Funzione Pubblica

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
RESA AI SENSI DEL D.P.R.445/2000

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

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, lavoratore dipendente  libero professionista   
(barrare con una X la voce che interessa)

in qualità di \_\_\_\_\_

ai fini della concessione dei benefici di legge (legge 104 /1992 art.33 co.3) al/la sig./ra \_\_\_\_\_;

ai sensi dell'art 47 del DPR 445 del 2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

1. di essere parente-affine entro il 3° grado del/la sig./ra \_\_\_\_\_

(specificare parentela -affinità)  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in handicap grave (art.33,co.3 L.104/1992);

2. di NON prestare assistenza al/alla sig./ra in handicap grave di cui al p.to 1;

3. di NON fruire dei benefici di cui alla Legge 104/1992 art.33 co.3 (permessi assenze per assistenza)

Data.....

Firma.....

Il sottoscritto inoltre dà il consenso al trattamento dei dati personali di cui alla presente dichiarazione da parte dell' Ammisitrazione Scolastica ISTITUTO COMPRENSIVO II° di Frosinone per le finalità indicate nell'informativa ricevuta con nota n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Data.....

Firma.....

**Allega :**

- Copia conforme all'originale della COPIA FOTOSTATICA del documento di identità

