

## RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO PERMESSI PER L'ASSISTENZA A PORTATORI DI HANDICAP

(Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate – L. 5 febbraio 1992, n° 104 – art. 33, c. 5, 7) (Permessi per l'assistenza a portatori di handicap - L. n°53 del 22 febbraio 2000 – Capo V° art. 19, 20) – (C.C.N.L. comparto scuola del 24 luglio 2003 – art. 15, c. 6)

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

Docente/ATA con contratto a tempo indeterminato/determinato in servizio presso la scuola primaria/infanzia/secondaria di 1° grado di:  
\_\_\_\_\_ cl. / sez \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Ai sensi dell' art. 33 legge 104/1992 – art. 19,20 legge 53/2000 e art. 15 C.C.N.L. 24/07/2003 un permesso per il:

figlio maggiorenne/parente/affine (relazione e grado di parentela o di affinità \_\_\_\_\_)

con handicap in situazione di gravità come da verbale della Commissione ex L.104 già agli Atti della Scuola o da presentare.

Cognome e nome assistito \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Periodo richiesto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (giorni \_\_\_\_\_)

Allega la seguente documentazione giustificativa della richiesta:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione del grado di parentela e altre comunicazioni (solo se prima richiesta o in caso di variazione)
- Copia autenticata del verbale attestante la situazione di handicap grave rilasciato dalla U.S.L. (solo se prima richiesta)

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_  
(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

IN FEDE

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO SI CONCEDE

\_\_\_\_\_  
LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
Roberta Vincini

## 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° \_\_\_\_\_,  
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

### D I C H I A R A

Di avere il seguente grado di parentela \_\_\_\_\_ con l'assistito:  
cognome e nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

- che non esistono soggetti non lavoratori conviventi in grado di prestare assistenza;
- che esistono i seguenti soggetti conviventi impossibilitati a prestare assistenza per i sottoindicati motivi (previsti dalla Circolare INPS del 17/07/2000) (**allegare dichiarazione di tutti i soggetti**)

cognome e nome

relazione di parentela/affinità  
con la persona handicappata

motivo

di essere il **REFERENTE UNICO** in grado di prestare assistenza alla suddetta persona handicappata ai sensi della **L. n. 183 del 4 novembre 2010**;

di non essere il **REFERENTE UNICO** in grado di prestare assistenza alla suddetta persona handicappata ai sensi dell'art. 24 della **L. n. 183 del 4 novembre 2010** ("**Successivamente al compimento del terzo anno di età del figlio con handicap in situazione di gravità, il diritto è riconosciuto a entrambi i genitori che possono fruirne alternativamente**") ;

che la persona in situazione di disabilità che assiste non è ricoverata a tempo pieno in strutture ospedaliere pubbliche o private che assicurano assistenza ai sensi della Legge 104/1992 – art. 33, c. 3;

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 sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

\_\_\_\_\_ lì, \_\_\_\_\_

**IL/LA DICHIARANTE**

LA FIRMA **NON DEVE ESSERE** AUTENTICATA

( **Art.2 L.4 gennaio 1968 n.15, art. 3, comma 10, L.15 maggio 1997n. 127**)

La presente dichiarazione sostituisce la normale certificazione ed ha la stessa validità temporale del certificato che sostituisce.

## 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° \_\_\_\_\_,  
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.

\_\_\_\_\_  
*(indicare il seguente grado di parentela con l'assistito)*

cognome e nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

### D I C H I A R A

(motivi ostativi assistenza alla suindicata persona con disabilità)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ lì, \_\_\_\_\_

**IL/LA DICHIARANTE**  
\_\_\_\_\_

LA FIRMA **NON DEVE ESSERE** AUTENTICATA

( Art.2 L.4 gennaio 1968 n.15, art. 3, comma 10, L.15 maggio 1997n. 127)

La presente dichiarazione sostituisce la normale certificazione ed ha la stessa validità temporale del certificato che sostituisce.