

Al Dirigente scolastico del 4° Circolo Annunziatella  
C.MARE DI STABIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

a) che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Data adozione/affido

come risulta dalla certificazione che si allega.

b) che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi, è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela (se lavoratore)	Dati del datore di lavoro

c) di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;

d) che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;

e) che nessun altro familiare, anche oltre la famiglia anagrafica sopra indicata e sino al terzo grado, beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

*oppure*

- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

- f) di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato  
*oppure*
- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci altri parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirLe assistenza;
- g) (nel caso si tratti di fratello e/o sorella) che è l'unico fratello/sorella a prestare assistenza perché:
- I propri genitori sono a loro volta sono a loro volta portatori di handicap grave (si allegano copie dei certificati rilasciati dall'ASL competente);
  - I propri genitori sono entrambi scomparsi.
- h) (nel caso si tratti di genitore) che è l'unico figlio/a in grado di prestare assistenza perché:
- Figlio unico;
  - Figlio convivente con il genitore portatore di handicap;
  - Ha fratelli e/o sorelle minori come da autodichiarazione allegata;
  - Ha fratelli e/o sorelle a loro volta portatori di handicap ( come da certificati dell'ASL allegati);
  - Ha fratelli e/o sorelle residenti all'estero o a distanze che non permettono l'effettiva e continuativa assistenza del genitore come da dichiarazioni allegate;
  - Ha fratelli e/o sorelle con gravi problemi di salute come da certificati allegati;
  - Ha fratelli e/o sorelle non in grado di prestare assistenza poiché svolgono lavori articolati su più turni come da dichiarazioni allegate.
- i) (Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado):  
 che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi o non conviventi con la persona sopra indicata, non possono fornirLe assistenza, ancorché non lavoratori ( allegare dichiarazioni) :

Cognome e Nome	Rapporto di parentela

- i) di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R.28/12/2000, n° 445.
- j) Allega la seguente documentazione:
- 1) certificazione ASL della persona da assistere;
  - 2) fotocopia documento di riconoscimento del richiedente;
  - 3) n. .... dichiarazioni ( con allegata fotocopia del documento di riconoscimento) degli altri componenti il nucleo familiare della persona da assistere.

Data \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante

**AVVERTENZA:** il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e, per le eventuali dichiarazioni mendaci, può essere perseguito penalmente

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE**

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ prov. NA il \_\_\_\_\_

Figlio non convivente i con il/la Sig. ra \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_, soggetto in condizione di handicap grave (art. 33 comma 3 legge 104/92)

***DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'***

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per motivi oggettivi in quanto \_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_ li

Firme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_