

**6a**

(da presentare, solo la prima volta, per l'acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni di permesso)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISS DON L. MILANI - TRADATE

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

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
qualifica\_\_\_\_\_ tempo determinato/indeterminato presso  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. \_\_\_\_\_ (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:

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig. \_\_\_\_\_;
- l'altro genitore sig. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ non dipendente / dipendente presso \_\_\_\_\_ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- 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;
- 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;
- 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 consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

\_\_\_\_\_ 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 (\*)

(\*)

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6b**

(da presentare ad ogni richiesta di giorni di permesso)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISSS DON L. MILANI - TRADATE

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

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
qualifica\_\_\_\_\_ tempo determinato/indeterminato presso  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter fruire dei seguenti permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere  
il/la sig. \_\_\_\_\_ (coniuge / figlio / madre / padre /  
\_\_\_\_\_ ) :

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di non aver usufruito/di aver usufruito nel corrente mese dei seguenti permessi L. 104/92:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_\_ dichiara che è l'unico familiare ad assistere il sig. \_\_\_\_\_ e che lo stesso non è  
ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura.

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_