**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**dell’I.C. “F. Rossi”**

**CAPRIATI A VOLTURNO (CE)**

# OGGETTO: Richiesta permessi Legge 104/1992 art. 33 comma 3. A.S. 2025/2026.

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 /altro ) 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./ra
* che presta assistenza al/alla sig./ra congiuntamente al/alla

sig./ra nato/a a il in servizio Presso per l’a.s. 2025/2026

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

# 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 INPS/ 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 nato/a a -prov. - il

C.F. e residente in

li Firma

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE**

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000

# (da compilare solo se appartengono allo stesso nucleo familiare del soggetto disabile)

Il/La sottoscritt nat a

prov. ( ) il di non essere nelle condizioni di prestare assistenza

continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall’art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Il/La sottoscritt nat a

prov. ( ) il di non essere nelle condizioni di prestare assistenza

continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall’art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Il/La sottoscritt nat a

prov. ( ) il di non essere nelle condizioni di prestare assistenza

continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall’art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

I sottoscritti dichiarano di essere conviventi con il/la

Sig. (specificare la

relazione di parentela o affinità) , familiare disabile, con il quale abitano nel Comune di ( ) via

li, Firme