



Ministero dell'Istruzione - Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

ISTITUTO COMPRENSIVO

“Fregene Passoscuro”

Via di Portovenere, 145 00050 Fregene Passoscuro (RM) ☎ 0665210735

✉ rmic8dh001@istruzione.it – rmic8dh001@pec.istruzione.it -

C.F. 97713870588 - C.M. RMIC8DH001

Al Dirigente Scolastico  
IC Fregene Passoscuro  
Via Portovenere, 145  
00050 Fregene - Passoscuro

**OGGETTO: Domanda di permesso straordinario retribuito per assistenza portatore handicap grave, di durata biennale**

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

nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Codice Fiscale

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ c.a.p con contratto:

a tempo  INDETERMINATO  DETERMINATO

**CHIEDE**

di assentarsi per:

usufruire del **congedo biennale** retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19 /26.01.2009, in quanto:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni; 1]
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni; 1]
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell'ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio); 1]

intero, ..... dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

frazionato, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. :

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. :

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. :

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. :

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.

**Avvertenza:** il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ 1]

- ai sensi della legge n. 15/1968 e del DPR 445/2000 di **essere effettivamente convivente** con il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_ unitamente al quale abita nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ e che la descritta situazione risulta agli atti dell’anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt\_\_ adempiuto alle prescrizioni dell’art. 13 del DPR n° 223/89.
- consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/00 per le false attestazioni e dichiarazioni di essere l’unico/a ad usufruire dei permessi lavorativi regolati dalla Legge 104/92 per l’assistenza di sig./sig.ra \_\_\_\_\_

#### STATO DI FAMIGLIA DEL PORTATORE DI HANDICAP

**Avvertenza**

Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato, ma documentato da certificazione medica.

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| <b>COGNOME E NOME</b>                              | <b>Parentela</b>  | <b>Luogo e data di nascita</b> |
| <b>CODICE FISCALE</b>                              | <b>RESIDENZA</b>  | <b>Via/Piazza/V.le</b>         |
| Rapporto di parentela con il dichiarante           | <input type="checkbox"/> Sé stesso <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> parente entro 3° grado |                                |
| Portatore di handicap grave accertato dalla ATS di | Competenza territoriale   | data                           |
| Disabilità rivedibile                              | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no   |                                |

In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione.

#### IN CASO DI NON CONVIVENZA CON IL PORTATORE DI HANDICAP

Il richiedente

**dichiara** di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con

|                       |                             |                             |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>COGNOME E NOME</b> | <b>Data / Luogo nascita</b> | <b>Professione (*) (**)</b> |
|                       |                             |                             |
|                       |                             |                             |

continuità assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza.

**indica**

- la distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap: Km \_\_\_\_\_
- il tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap ore \_\_\_\_\_

**SIA IN CASO DI CONVIVENZA CHE NON CONVIVENZA CON IL PORTATORE DI HANDICAP**

Il richiedente

- dichiara**, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap.

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

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_  
prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_  
prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_  
prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

conviventi con il/la Sig. \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, familiare disabile, con il quale abitano nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_

**DICHIARANO 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 i seguenti motivi: \_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46\_DPR 445/2000)

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

- le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;
- è consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e perdere gli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione;
- il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- il dipendente necessita delle agevolazioni per esigenze legate alla situazione di disabilità;
- il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono strumento di assistenza al 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;
- il dipendente è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione, della situazione di fatto e di diritto, da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

### ALLEGATI

- Certificato rilasciato dall'ASL attestante lo stato di gravità dell'Handicap
- Certificato del medico specialista (in attesa venga consegnato il certificato rilasciato dall'ASL)
- Altra documentazione:

Fiumicino, \_\_\_\_\_

Firma

**VISTI** l'istanza dell'interessato, gli atti d'Ufficio e le esigenze di servizio:

- SI CONCEDE
- NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Anna Santaniello

DICHIARAZIONE PERSONALE DEL FAMILIARE CHE SI AVVALE DEI DIRITTI  
PREVISTI DALLA LEGGE 104/92 E SUCCESSIVE MODIFICHE APPORTATE  
DALLA LEGGE 53/2000 ART.19

I sottoscritt \_\_\_\_\_

nato \_\_a\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

premesso che il/la sig. \_\_\_\_\_ risulta portatore di handicap, così come da allegata certificazione medica rilasciata dalla competente Commissione Provinciale di cui all'art.4 della Legge 104/92;

DICHIARA, sotto la propria responsabilità,

ai sensi della legge 4/1/1968, n.15, consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace ed ai fini dei diritti previsti dall'art.33, commi 5 e 7 della Legge 104/92,

- che il rapporto di parentela con la sopraindicata persona è quello di \_\_\_\_\_  
(indicare se figlio, anche adottivo, coniuge, parente o affine entro il 3° grado)
- che il/la sig. indicato in premessa non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che il/la sig. indicato in premessa viene assistito in via continuativa dal sottoscritto;
- (i coniugi ed i genitori sono esonerati da questa dichiarazione)  
che non essendovi altri conviventi con l'handicappato, parenti o affini dello stesso grado o di grado più stretto, idonei a prestare l'assistenza continuativa al disabile il sottoscritto è l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a tale assistenza.

A tal fine allega n° \_\_\_\_\_ dichiarazioni degli altri componenti del nucleo familiare composto come segue:

\_\_\_\_\_ nat \_\_a\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
grado parentela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nat \_\_a\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
grado parentela \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

AL DIRIGENTE SOLASTICO  
I.C. FREGENE PASSOSCURO

Il/la/le sottoscritt \_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela) \_\_\_\_\_

del/la sig. \_\_\_\_\_ (*familiare disabile*)

dichiara/dichiarano

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n.445 del 28.12.2000, come integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

e, pertanto, di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a/e/i in precedenza.

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_