

## ALLEGATO 1

Al Dirigente scolastico  
Dell'I.C."ALFONSO GIORDANO" di  
Lercara F. -Castronovo di S.- Vicari (PA)

**OGGETTO:** RICHIESTA PER L'A.S. 20\_\_ \ \_\_\_\_ DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE  
CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col richiedente e che il richiedente medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva.

*In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio.*

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (     ) il \_\_\_\_\_, familiare

con disabilità grave con la presente

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, il \ la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92, è **l'unico referente alla propria assistenza** alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario.  
Si allega documento di identità del sottoscritto.

IN FEDE

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO 2

Al Dirigente scolastico  
Dell'I.C. "ALFONSO GIORDANO" di  
Lercara F. - Castronovo di S. - Vicari (PA)

**OGGETTO:** RICHIESTA PER L'A.S. 20\_\_ \\_\_ DI PERMESSO PER ASSISTENZA  
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

### DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE GRAVE

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

convivente

non convivente

con il/la familiare disabile Sig./ra \_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_ per cui

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ ha richiesto al suo datore di

lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92,

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

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, di non essere nelle condizioni di poter  
prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, 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, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### ALLEGATO 3

Al Dirigente scolastico  
Dell'I.C."ALFONSO GIORDANO" di  
Lercara F. -Castronovo di S.- Vicari (PA)

**OGGETTO:** RICHIESTA PER L'A.S. 20\_\_ \ \_\_\_\_ DI PERMESSO PER ASSISTENZA  
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

#### DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla  
stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

#### DICHIARA

che il familiare \_\_\_\_\_ in stato di disabilità grave  
per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato  
a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere  
continuativo ed in via esclusiva dal parte del/della sottoscritto/a.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO 4

Al Dirigente scolastico  
Dell'I.C."ALFONSO GIORDANO" di  
Lercara F. –Castronovo di S.- Vicari (PA)

**OGGETTO:** RICHIESTA PER L'A.S. 20\_\_ \ \_\_\_\_ DI PERMESSO PER ASSISTENZA  
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

**Dichiarazione che il coniuge e\o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a

\_\_\_\_\_prov. ( ) il \_\_\_\_\_, familiare

con disabilità grave, con la presente comunica che il/la Sig. \_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela o affinità \_\_\_\_\_, ha richiesto al suo datore di

lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92, ed ai sensi della legge

n. 15/68 e DPR n. 445/2000

DICHIARA

che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ è l'unico referente alla propria

assistenza, alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con

esso rapporto fiduciario in quanto il proprio coniuge e\o i genitori:

*sbarrare la casella che interessa*

- hanno superato i 65 anni di età
- sono affetti da patologie invalidanti
- sono deceduti
- sono mancanti

Si allega documento di identità del sottoscritto.

\_\_\_\_\_li, \_\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO 5

Al Dirigente scolastico  
Dell'I.C."ALFONSO GIORDANO" di  
Lercara F. –Castronovo di S.- Vicari (PA)

**Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992, e ss.mm.ii.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, in servizio presso  
questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_,

### consapevole

- ❖ delle disposizioni contenute nel DPR , 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti;
- ❖ delle sanzioni penali previste dall'art.55 quinquies (comma 1 e 2 ) del D.lgs. n° 165/2001

### dichiara sotto la propria responsabilità

- che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 per il proprio familiare.
- che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6, della legge 104/92 per la propria persona.

che dal \_\_\_\_\_ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)

### a tal fine specifica

- che il disabile in oggetto usufruisce dei permessi per se stesso/a
- che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno
- di prestare una assistenza sistematica e continuativa al familiare disabile
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto disabile.

### **Per quanto dichiarato**

- si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso della amministrazione e ancora in corso di validità
- si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè  

---

---
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui  
consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità)
- 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

**Lercara F.,**

**FIRMA**

---