

**Al Dirigente Scolastico  
I.C. CASTELVERDE**

**Oggetto: domanda permessi retribuiti art. 33 legge 104/92.**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 33 della legge 104/92 e succ. mod. e int. la/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_, in servizio presso questa Istituzione Scolastica, in qualità si \_\_\_\_\_, avendone i requisiti, chiede alla S.V. l'autorizzazione a poter usufruire dei permessi retribuiti nel limite massimo mensile consentito dalla norma richiamata.

A tal fine dichiara:

**DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE**

Cognome	Nome	Nata	
Residenza	Via	nr.	

**DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP**

Cognome	Nome	Nata	
Residenza	Via	nr.	
Portatore di handicap grave accertato da INPS			
di _____ in data _____			
rapporto di parentela con il richiedente			
Ricovertato a tempo pieno (indicare SI o NO)			
Convivente (indicare SI o NO)			
Stato civile			

Per le finalità di cui innanzi allega la seguente documentazione:

- 1 - Verbale di accertamento dell' handicap "in situazione di gravità" ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104/92, rilasciato dalla Commissione Competente istituita presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_;
- 2 - Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio *accompagnata da fotocopia di un documento d'identità del disabile maggiorenne, secondo la vigente normativa, dalla quale si evinca il gradimento dell'assistenza da parte del richiedente;*
- 3 - Dichiarazione del richiedente con cui si impegna a fornire tempestive notizie all'Amministrazione, in ordine ad eventuali modifiche dello stato di famiglia relativamente al venir meno dell'assistenza al disabile;
- 4 - Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al rapporto di parentela con il disabile;
- 5 - dichiarazione che nessun altro parente fra quelli aventi titolo a chiedere i benefici della legge 104/92 usufruisce di permessi retribuiti per l'assistenza al soggetto disabile nella stessa giornata;

**DICHIARA**

- Di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento d'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;

- di essere 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.

Con la firma in calce il sottoscritto autorizza l'Istituto Comprensivo Castelveverde Roma ai sensi della legge n. 675 del 31.12.1996, all'utilizzo dei dati personali raccolti nonché quelli relativi ai suoi familiari, purché trattati secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza.

ROMA, li

Richiedente

---

Ai fini della dichiarazione dell'autenticità della firma il richiedente rimette fotocopia del documento di identità \_\_\_\_\_

**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE**  
**UFFICIO SCOLASTICO E DEL MERITO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO CASTELVERDE**  
Via Massa di San Giuliano, 131 – 00132 ROMA Tel. 06 455 90 500  
PEO: [rmic8cp00e@istruzione.it](mailto:rmic8cp00e@istruzione.it) - PEC: [rmic8cp00e@pec.istruzione.it](mailto:rmic8cp00e@pec.istruzione.it)  
Codice meccanografico: RMIC8CP00E Codice fiscale: 97616500589  
IPA istsc\_rmic8cp00e - Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica: UFEHD1  
[www.iccastelverderoma.edu.it](http://www.iccastelverderoma.edu.it)

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA NON RICOVERABILITA' A TEMPO PIENO DEL  
SOGGETTO DISABILE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di richiedente dei benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, dichiara che il soggetto disabile al quale assicurerà l'assistenza non è ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie dipendenti da A.S.P.

Roma, li

IL DICHIARANTE

---

**DICHIARAZIONE RILASCIATA DAL DISABILE MAGGIORENNE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace;

DICHIARA

Il proprio gradimento circa l'assistenza che il/la sig./sign.ra \_\_\_\_\_  
Intende assicurargli a causa delle ridotte capacità procurate dalla disabilità in essere.

Roma, li

L'ASSISTITO

---

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO A COMUNICARE VARIAZIONI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

che comunicherà con tempestività ogni eventuale modifica interessante la concessione dei benefici richiesti ai sensi della legge 104/92.

Roma, li

IL DICHIARANTE

---

**DICHIARAZIONE CHE NESSUN ALTRO FAMILIARE USUFRUISCE DEI BENEFICI DELLE LEGGE 104/92  
PER IL SOGGETTO DISABILE**

Il sottoscritto richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare  
Incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

che nessun altro componente il nucleo familiare o parente del soggetto disabile interessato alla presente istanza  
ha in godimento i benefici di cui alla legge 104/92.

Roma, li

IL DICHIARANTE

---

**DICHIARAZIONE IN CASO DI NON CONVIVENZA CON LA PERSONA DA ASSISTERE**

Il sottoscritto richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare  
Incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

Di assistere in via continuativa ed esclusiva il proprio familiare

Roma, li

IL DICHIARANTE

---