

**DOMANDA DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI  
IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE**

(D.lgs. 151/2001 art.42; Legge 104/1992 art. 33 comma 3; Legge 53/2000 art.19 e 20)

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Comune (o stato estero) di nascita \_\_\_\_\_  
Provincia (\_\_\_\_\_) codice fiscale \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE  
LA CONCESSIONE / IL RINNOVO**

dei permessi di cui alla Legge 104/1992 per l'assistenza di (indicare)

**I DATI DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Comune (o stato estero) di nascita \_\_\_\_\_  
Provincia (\_\_\_\_\_) codice fiscale \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia(\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
Domicilio (se diverso dalla residenza)  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_

- Figlio/a biologico/a
- Figlio/a adottat /affidat : data provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_;
- Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità) \_\_\_\_\_;
- Convivente con il/la richiedente;
- Non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato;
- In condizione di handicap grave accertata dalla ASL di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- Non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- Impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla legge 104/92.

*(barrare le caselle che interessano)*

**DICHIARA CHE**

- Nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave;
- L'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (in tal caso l'altro genitore e' tenuto a sottoscrivere una dichiarazione di responsabilità in tal senso);
- Di voler usufruire dei permessi ad ore (massimo 18 ore mensili);
- Di voler usufruire dei permessi a giorni (massimo 3 giorni mensili);
- Di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun altra persona e' in grado di prestargli assistenza (1).

*(barrare le caselle che interessano)*

**COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA IN CONDIZIONE DI  
HANDICAP GRAVE**

Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	professione

(1) Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza.

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:**

- Copia del Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap; (PERMANENTE / RIVEDIBILE IL \_\_\_\_\_)

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere 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 decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare

- l'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione Asl;
- la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari.

Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del D.Lgs 196/2003 acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la presente richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove cio' sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL/DELLA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'  
DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false e fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la propria situazione dichiarata in data \_\_\_\_\_ e la relativa certificazione della ASL depositate entrambe agli atti della scuola non hanno subito modifiche.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL/DELLA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

**Visto : si concede**

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Vito Alessandro Lucarelli

\_\_\_\_\_