

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) residente  
a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, in servizio  
presso questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_,

**C H I E D E**

di beneficiare dei permessi previsti dalla L. 104/92 art. 33 e successive modificazioni introdotte dalla legge n. 183 del 4 novembre 2010 in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità: grado di parentela entro il secondo grado
- terzo grado di parentela per presenza delle situazioni eccezionali dell'assenza, dell'età anagrafica o delle patologie (comma 1 lettera a) e comma 2 Art.24 L.183 del 04/11/10). Situazione documentata tramite l'allegata specifica certificazione.

---

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

Che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di  
parentela \_\_\_\_\_ (data adozione/affido) \_\_\_\_\_ data  
e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_, in Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ come risulta dalla certificazione che si allega.

- Che la persona in situazione di handicap da assistere non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria;
- di essere l'unico referente a prestare assistenza nei confronti del disabile e di dedicarsi alle sue cure in maniera e forma esclusiva. A tal fine dichiara di essere in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza;
- che nessun altro familiare usufruisce dei permessi;
- che la persona in situazione di handicap da assistere è in vita;
- di impegnarsi a comunicare annualmente, anche con dichiarazione che sostituisce la certificazione, l'esistenza in vita della persona in situazione di handicap da assistere;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del 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;
- 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 solo per l'effettiva tutela dei disabili;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/la Dichiarante

Data \_\_\_\_\_

Si allega:

1. Certificato di riconoscimento dell'handicap ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/92 (situazione di gravità)
- 2) Documentazione relativa all'assistenza parente terzo grado