



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale di Bellagio
di Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado
Via Vitali, 9 - 22021 Bellagio (CO)
Tel.: 031-950438 - Fax: 031-951985 -
C.F. 84002970139
Sito: [https:// www. icbellagio.edu.it](https://www.icbellagio.edu.it) e -
mail: coic80600e@istruzione.it -
coic80600e@pec.istruzione.it



Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "I. NIEVO"
Bellagio

Oggetto: Richiesta di fruizione dei benefici per assistenza persona in situazione di handicap - Legge 104/1992.

I sottoscritt_ _____ nat_ il _____ a
_____ prov. (____) in servizio presso questo Istituto, in qualità di
_____ con contratto di lavoro a tempo _____

CHIEDE

di fruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, Legge 104/92 per poter assistere il proprio familiare
(cognome e nome) _____ rapporto di parentela _____ nato/a a
_____ (Prov. _____), il _____, C.F. _____,
residente a _____ in via _____ (se non convivente
indicare l'indirizzo completo del portatore di handicap), la distanza chilometrica tra le due abitazioni è di
_____ Km, che è portatore di handicap e necessità di assistenza permanente, continuativa e
globale, ai sensi della legge n° 104/1992.

Consapevole delle sanzioni di legge per le dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara che:

- L'accertamento dell'handicap è:

☐ IRRIVEDIBILE;

☐ RIVEDIBILE IL ____/____/____

☐ Il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

☐ Di essere **il referente unico** quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun'altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;

☐ Di **non essere il referente unico**, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:

Cognome _____, Nome _____, in servizio presso (indicare la struttura lavorativa) _____.

Recapito telefonico: _____, e-mail: _____.

☐ **Solo per dare assistenza a familiari di 3° grado**

Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- ☐ è coniugato;
- ☐ è vedovo/a;
- ☐ è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- ☐ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- ☐ è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
- ☐ è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante.

Si allega:

- Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL;
- Copia del documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;
- Ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti);
- Dichiarazione degli altri familiari che beneficiano dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari.

Bellagio, lì _____

In Fede

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI FAMILIARI

__I__ sottoscritt__ _____ nat__ il _____ a
_____ prov. (____) _____, rapporto parentela con disabile di
_____, dichiaro di essere/ non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare per i seguenti motivi: _____

_____, lì _____

Firma

__I__ sottoscritt__ _____ nat__ il _____ a
_____ prov. (____) _____, rapporto parentela con disabile di
_____, dichiaro di essere/non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare per i seguenti motivi: _____

_____, lì _____

Firma

__I__ sottoscritt__ _____ nat__ il _____ a
_____ prov. (____) _____, rapporto parentela con disabile di
_____, dichiaro di essere/non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare per i seguenti motivi: _____

_____, lì _____

Firma

__I__ sottoscritt__ _____ nat__ il _____ a
_____ prov. (____) _____, rapporto parentela con disabile di
_____, dichiaro di essere/non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare per i seguenti motivi: _____

_____, lì _____

Firma
