

**DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA A PORTATORI DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA'  
ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_**

(d.lgs. 151/2001, art.42; Legge 104/92, art.33 c.3; Legge 53/2000, artt. 19 e 20)

**GENITORI DI PORTATORI DI HANDICAP MAGGIORENNI - PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PORTATORI DI HANDICAP MAGGIORI DI 3 ANNI - CONIUGI DI PORTATORI DI HANDICAP**

**RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
COMUNE PROV.

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
COMUNE PROV. INDIRIZZO CAP

in servizio presso l'I.C. Nichelino I

in qualità di \_\_\_\_\_  T.I.  T.D.

**CHIEDE**

di fruire dei permessi spettanti in base alla legge 104/92, nelle seguenti modalità:

GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3) - NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DIRIGENTE SCOLASTICO;

**DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**DATI DI RESIDENZA**

**DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE**

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
COMUNE PROV. INDIRIZZO CAP

- Figlio/a
- Figlio/a adott./affidat.: data provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_
- Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: esempio nipote, coniuge, ecc....) \_\_\_\_\_
- Convivente con il/la richiedente
- Non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato
- Portatore di handicap **grave**, accertato dall'ASL di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati
- Impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla Legge 104/92

**DICHIARA**

- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap oppure
- Che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il/la sottoscritto/a, nel limite massimo di 3 giorni tra i due genitori (in tal caso l'altro genitore è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità).
- Che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ dell'assistito/a beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con i/la sottoscritto/a, nel limite massimo di 3 giorni tra i due beneficiari (in tal caso l'altro fruitore dei permessi è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità).
- Di non fruire, nel periodo in cui cadono i permessi mensili dei congedi straordinari previsti dall'art.42 comma 5 del D.lgs. 151/2001 per l'assistenza ai figli (o, nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) con handicap grave

- Di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza (1)

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

**COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA CON HANDICAP GRAVE**

COGNOME e NOME	DATA di NASCITA	RAPPORTO di PARENTELA	PROFESSIONE

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

(DA NON PRESENTARE SE GIA' ALLEGATA A PRECEDENTI DOMANDE)

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap o, per i portatori di sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato - Legge 27/12/2002, n. 289, art. 94).
- Certificato del medico specialista ASL, se non è ancora stato rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena possibile)

**In caso di adozione:**

- Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente
- Adozioni internazionali (Legge 31/12/98 n. 476): certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano

**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 presentare il certificato della Commissione ASL ed 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 portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.

Nichelino, \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_  
DEL RICHIEDENTE

**DA COMPILARE SOLO IN CASO DI FRUIZIONE DEL PERMESSO ALTERNATIVAMENTE CON IL CONIUGE**

firma \_\_\_\_\_  
DELL'ALTRO GENITORE O DEL GENITORE AFFIDATARIO

INDICARE I DATI DEL DATORE DI LAVORO DEL CONIUGE: (denominazione, comune, provincia, indirizzo)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ULTERIORE DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE (non necessaria per i portatori di sindrome di Down)**

IL/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Nichelino \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

## **AVVERTENZE IMPORTANTI**

### **1) BENEFICIARI**

Genitori, compresi gli adottivi, o affidatari di figli maggiorenni, parenti o affini entro il 3° grado, coniuge, di soggetti:

con handicap (non ricoverati a tempo pieno presso Istituti specializzati) in situazione **di gravità**, accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92:

- o dalla competente Commissione ASL
- oppure dal medico specialista ASL (in questo caso la certificazione ha validità per 6 mesi)
- o, per i portatori di sindrome di Down, anche dal proprio medico di base, con certificato rilasciato su presentazione del "cariotipo" (l. 27/12/2002, n° 289, art. 94).

### **2) PERMESSI SPETTANTI**

- 3 giorni di permesso mensile frazionabili anche in 6 mezze giornate.

### **3) CONDIZIONI E MODALITA'**

- I permessi spettano **in via alternativa** tra i due genitori o tra i due beneficiari che assistono il portatore di handicap
- Spettano anche se l'altro genitore/beneficiario non ne ha diritto (perché, ad esempio, è casalingo/a, lavoratore/lavoratrice autonomo/a, ecc...)
- Non è richiesta la convivenza con il soggetto portatore di handicap

#### **\*\*\*\* se conviventi**

- genitore richiedente

i congedi spettano anche se in famiglia sono presenti altri soggetti non lavoratori, compreso l'altro genitore

- altri familiari richiedenti (compreso il coniuge)

deve essere dimostrata l'impossibilità per altri familiari maggioenni conviventi, non lavoratori o non studenti, compreso l'altro genitore che non lavora, di prestare assistenza (ad esempio per grave malattia, età superiore a 70 anni unita a invalidità, inabilità al lavoro, presenza nel nucleo familiare di altri figli minori di 6 anni, ecc...)

#### **\*\*\*\* se non conviventi**

i congedi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata in via esclusiva e continuativa:

- \* l'**esclusività** dell'assistenza non è realizzata quando nel nucleo familiare del soggetto handicappato sono presenti familiari maggiorenni, compresi i genitori, non lavoratori, in grado di assisterlo o lavoratori che beneficiano di permessi per lo stesso
- \* la **continuità** non è dimostrabile in caso di oggettiva lontananza dall'abitazione del portatore di handicap.

- I permessi non fruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi.
- In caso di part-time verticale le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente
- ridotte.
- I 3 giorni di permesso, complessivamente spettanti ad entrambi i genitori conviventi con il portatore di handicap, se richiesti contemporaneamente, possono anche coincidere (esempio: madre lunedì e martedì, padre martedì)

### **DOMANDA E DOCUMENTAZIONE**

Alla domanda va allegata la documentazione relativa alla gravità dell'handicap (anche in copia dichiarata autentica), rilasciata a suo tempo dalla commissione medica o dallo specialista della competente ASL, o, per i portatori della sindrome di Dawn, anche dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato, solo qualora l'Amministrazione non ne sia già in possesso.

### **RINNOVO ANNUALE**

Per il rinnovo va anche dichiarato che l'ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap.

### **INCOMPATIBILITA'**

Durante i mesi in cui viene fruito il congedo straordinario di cui all'art.42 comma 5 D.lgs. 151/2001 (congedo massimo di due anni per i genitori, o, nei casi previsti, fratelli) nessun altro soggetto può fruire dei permessi di tre giorni mensili dell'art. 33, comma 3 della Legge 104/92.