

- l'altro genitore _____ nat___ il
_____ codice fiscale _____ dipendente presso
_____ beneficia dei permessi mensili per lo
stesso figlio in situazione di handicap grave alternativamente al__ sottoscritt__ e nel limite massimo mensile di tre giorni
complessivi tra i due genitori come da dichiarazione allegata;
- io genitore richiedente e l'altro genitore la cui dichiarazione si allega, si impegnano a non richiedere nel mese di fruizione dei
permessi mensili, delle due ore di riposo giornaliero e/o del prolungamento del congedo parentale e/o del congedo biennale di
cui all'art.42 comma 5 del D.L.vo n°151/2001
- la persona assistita in situazione di handicap grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:
- non è coniugato/a
 - è coniugato/a ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
 - è coniugato/a ma il coniuge è affetto da patologia invalidante come da certificazione allegata
 - è stato coniugato/a ma il coniuge è deceduto
 - è coniugato/a ma in situazione di abbandono
 - è separato/a legalmente o divorziato/a come da certificazione allegata
 - 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 come da certificazione allegata
 - è figlio/a naturale non riconosciuto da uno o entrambi i genitori
- sono 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
- sono 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
- mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della
legittimazione alle agevolazioni (es.: decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità,
ricovero a tempo pieno, ecc.)
- mi impegno a comunicare al Dirigente Scolastico la fruizione dei permessi in oggetto con congruo anticipo, se possibile con
riferimento all'intero arco temporale del mese, salvo dimostrate situazioni di urgenza

Allego:

- Copia del verbale dall'apposita Commissione Medica attestante lo stato di "handicap grave" del soggetto che necessita di
assistenza, ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge n°104/1992
- Dichiarazione del soggetto in situazione di handicap grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno
(allegare anche copia del decreto di nomina) - nel quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza e le eventuali
attestazioni necessarie nel caso di rapporto di parentela/affinità di 3° grado con il richiedente
- Documentazione medica attestante la situazione eccezionale al ricovero a tempo pieno dell'assistito, prevista al punto 5 a) della
Circolare n°13 del 06/12/2010 della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica
- Dichiarazione dell'altro genitore del figlio in situazione di handicap grave di beneficiare dei permessi giornalieri in alternativa al
richiedente e di non richiedere nel medesimo mese di fruizione dei permessi giornalieri, delle due ore di riposo giornaliero e/o
del prolungamento del congedo parentale e/o del congedo biennale di cui all'art.42 comma 5 del D.L.vo n°151/2001
- Documentazione sanitaria attestante patologia invalidante del coniuge o dei genitori del soggetto assistito in situazione di
handicap grave, rilasciata dal medico del SSN o da una struttura sanitaria
- Copia del Provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione del coniuge o dei genitori del soggetto
assistito in situazione di handicap grave

Pandino, _____

(firma)

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO MAGGIORENNE
IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE**

Io sottoscritt _____ nat _____ a
_____ il _____ residente a
_____ codice fiscale _____

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n°445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, consapevole inoltre che l'amministrazione procederà alla verifica delle dichiarazioni sostitutive secondo le modalità di cui agli artt.71 e 72 del D.P.R.n°445/2000

DICHIARO

- di essere in situazione di handicap grave non rivedibile rivedibile nell'anno _____ accertata dall'apposita Commissione Medica ASL di _____ con verbale del _____;
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge n°104/1992 per sé stesso
- di non prestare attività lavorativa
- di essere consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi mensili per l'assistenza alla stessa persona in situazione di handicap grave e a tal fine di voler essere assistito soltanto da _____ nat _____ a _____ il _____ residente a _____ codice fiscale _____ che si trova nei miei confronti nella seguente relazione di parentela/affinità:
- genitore coniuge figlio
- parente o affine fino al 2° grado: _____
(nonni, fratelli, sorelle, nipoti-figli dei figli, suoceri, nuora, genero, cognati)
- parente o affine di 3° grado: _____
(bisnonni, zii, nipoti-figli di fratelli o sorelle, pronipoti in linea retta, zii acquisiti, nipoti acquisiti)
- di non essere coniugato/a
- di essere coniugato/a ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
- di essere coniugato/a ma il coniuge è affetto da patologia invalidante
- di essere stato coniugato/a ma il coniuge è deceduto
- di essere coniugato/a ma in situazione di abbandono
- di essere separato/a legalmente o divorziato/a
- di avere uno o entrambi i genitori deceduti
- di avere uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
- di avere uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante
- di essere figlio/a naturale non riconosciuto da uno o entrambi i genitori

Allego copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data

Firma

**DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CHE
ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE / TUTORE / CURATORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
DEL SOGGETTO MAGGIORENNE IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE**

Io sottoscritt_____ nat__ a
_____ il _____ residente a
_____ codice fiscale _____ in qualità di
 genitore tutore curatore amministratore di sostegno di
_____ nat__ a
_____ il _____ residente a
_____ codice fiscale _____

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n°445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, consapevole inoltre che l'amministrazione procederà alla verifica delle dichiarazioni sostitutive secondo le modalità di cui agli artt.71 e 72 del D.P.R.n°445/2000

DICHIARO

che _____ nat__ il
_____ codice fiscale _____

è in situazione di handicap grave non rivedibile rivedibile nell'anno _____ accertata dall'apposita Commissione Medica ASL di _____ con verbale del _____;

non è ricoverato a tempo pieno

presta attività lavorativa e beneficia delle agevolazioni previste dalla Legge n°104/1992 per sé stesso

non presta attività lavorativa

di essere consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi mensili per l'assistenza alla stessa persona in situazione di handicap grave e a tal fine dichiara che il soggetto disabile intende essere assistito soltanto da _____ nat__ a _____
il _____ residente a _____ via _____
codice fiscale _____

che mi trovo nei confronti del soggetto disabile nella seguente relazione di parentela/affinità:

genitore coniuge figlio

parente o affine fino al 2° grado: _____
(nonni, fratelli, sorelle, nipoti-figli dei figli, suoceri, nuora, genero, cognati)

parente o affine di 3° grado: _____
(bisnonni, zii, nipoti-figli di fratelli o sorelle, pronipoti in linea retta, zii acquisiti, nipoti acquisiti)

e che il soggetto disabile:

non è coniugato/a

è coniugato/a ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età

è coniugato/a ma il coniuge è affetto da patologia invalidante come da certificazione allegata

è stato coniugato/a ma il coniuge è deceduto

è coniugato/a ma in situazione di abbandono

è separato/a legalmente o divorziato/a come da certificazione allegata

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 come da certificazione allegata

è figlio/a naturale non riconosciuto da uno o entrambi i genitori

Allego:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità
- Copia del decreto di nomina

Luogo e data

Firma

**DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE
DEL SOGGETTO MAGGIORENNE IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE
CHE SI TROVA IN UNA CONDIZIONE DI IMPEDIMENTO PER RAGIONI DI SALUTE**

Io sottoscritt _____ nat__ a _____
_____ il _____ residente a _____
_____ codice fiscale _____

in qualità di: genitore coniuge figlio
 parente o affine fino al 2° grado: _____
(nonni, fratelli, sorelle, nipoti-figli dei figli, suoceri, nuora, genero, cognati)
 parente o affine di 3° grado: _____
(bisnonni, zii, nipoti-figli di fratelli o sorelle, pronipoti in linea retta, zii acquisiti, nipoti acquisiti)

di _____ soggetto disabile grave
nat__ a _____ il _____ residente a _____
_____ codice fiscale _____

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n°445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, consapevole inoltre che l'amministrazione procederà alla verifica delle dichiarazioni sostitutive secondo le modalità di cui agli artt.71 e 72 del D.P.R.n°445/2000

DICHIARO

che _____ nat__ il _____
_____ codice fiscale _____

è in situazione di handicap grave non rivedibile rivedibile nell'anno _____ accertata dall'apposita Commissione Medica ASL di _____ con verbale del _____;

non è ricoverato a tempo pieno

presta attività lavorativa e beneficia delle agevolazioni previste dalla Legge n°104/1992 per sé stesso

non presta attività lavorativa

di essere consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi mensili per l'assistenza alla stessa persona in situazione di handicap grave e a tal fine dichiaro che il soggetto disabile intende essere assistito soltanto da

_____ nat__ a _____ il _____
_____ residente a _____ codice fiscale _____

_____ che si trova nei confronti del soggetto disabile nella seguente relazione di parentela/affinità:

genitore coniuge figlio

parente o affine fino al 2° grado: _____
(nonni, fratelli, sorelle, nipoti-figli dei figli, suoceri, nuora, genero, cognati)

parente o affine di 3° grado: _____
(bisnonni, zii, nipoti-figli di fratelli o sorelle, pronipoti in linea retta, zii acquisiti, nipoti acquisiti)

e che il soggetto disabile:

non è coniugato/a

è coniugato/a ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età

è coniugato/a ma il coniuge è affetto da patologia invalidante come da certificazione allegata

è stato coniugato/a ma il coniuge è deceduto

è coniugato/a ma in situazione di abbandono

è separato/a legalmente o divorziato/a come da certificazione allegata

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 come da certificazione allegata
- è figlio/a naturale non riconosciuto da uno o entrambi i genitori

Allego copia del documento di riconoscimento in corso di validità

Luogo e data

Firma