

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo  
Ruggiero – 3° Circolo di  
CASERTA

**Oggetto: Richiesta per benefici Permessi Retribuiti ai sensi dell'art. 33 c.3 della Legge 104/92 modificato con legge n. 183/2010. Conferma requisiti per l'anno scolastico 20 /20**

.....l.....sottoscritt.....  
nat...a.....il.../.../.....residente a .....(.....)  
Via..... n. .... in servizio presso questo Istituto in  
qualità di ..... a T.I. / T.D.

**CHIEDE**

per a.s. ..../..... i poter usufruire dei permessi retribuiti previsti ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92, modificata dalla Legge n. 53 del 08/03/2000, artt. 19 e 20, dalla Legge n.183/2010, in qualità di:

- persona disabile;
- Grado di parentela 1° - genitore di persona disabile;
- Grado di parentela 1° – figlio/a di persona disabile;
- grado di parentela entro il 2° - parente, affine o coniuge di una persona con disabilità:

Situazione documentata tramite l'allegata specifica certificazione per assistere il proprio familiare

Sig..... in qualità di (indicare rapporto di parentela nei riguardi del richiedente) .....nat...a..... (....) il.../.../....., residente a ..... (....) Via .....n.....,

riconosciuto portatore di handicap grave  **permanente**  **rivedibile in data** ...../...../..... come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap, allegato in copia alle presente,

## DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, così come stabilito all'art. 76 del medesimo decreto, delle sanzioni penali per il caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi):

- di essere portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno;
- di essere **l'unico referente** a prestare assistenza al disabile in forma esclusiva e continuativa al suddetto familiare disabile, ovvero prescelto all'interno dei propri parenti e affini, così come previsto dalla normativa vigente;
- che il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno** presso Istituti Assistenziali, salvo il caso di ricovero finalizzato ad intervento chirurgico o a scopo riabilitativo;
- che nessun altro** componente del nucleo familiare usufruisce di medesime provvidenze;

### ALTRESI' DICHIARA:

- di essere consapevole** che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza al 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 per **l'effettiva tutela del disabile**;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente il variare delle condizioni che determinano la fruizione dei benefici.**

DATA

FIRMA

---

### Riservato all'Ufficio

Vista la dichiarazione personale, resa dall'interessato/a in data \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_, nonchè gli atti allegati:

si concede

non si concede per i seguenti motivi:

.....

.....

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Vincenza Della Valle