



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO  
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia - Ambito Territoriale per la Provincia di Catania  
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE AD INDIRIZZO MUSICALE

“M. MONTESSORI - P. MASCAGNI”

Via GIUSEPPE DI GREGORIO, 22 - 95122 CATANIA - ☎ TEL./FAX- 095201922

Codice Meccanografico **CTIC8AF00V** - Codice Fiscale **80016050876** - ✉ [ctic8af00v@istruzione.it](mailto:ctic8af00v@istruzione.it) - [ctic8af00v@pec.istruzione.it](mailto:ctic8af00v@pec.istruzione.it)

<https://www.montessorimascagnict.edu.it>

### *Domanda di accesso fruizione permessi art. 33 L. 104/92*

*Al Dirigente Scolastico  
dell' Istituto Comprensivo Statale  
“Montessori - Mascagni”  
Catania*

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di

\_ Docente \_ Collaboratore scolastico \_ Assistente Amministrativo con contratto di lavoro a \_ t. ind.to \_ t. det.to

In servizio presso (indicare plesso scolastico) \_\_\_\_\_

### **C H I E D E**

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

C.F.

---

residenza

---

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

distanza chilometrica tra le due abitazioni

Km \_\_\_\_\_ (Se superiore a 150 Km dimostrare l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

*A tal fine, 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, dichiara che:*

- il disabile è in vita;
- 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 lo stesso 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/ai seguente/i avente/i diritto :**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ LUOGO NASCITA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ LUOGO NASCITA \_\_\_\_\_

- Solo per dare assistenza a familiari di 3°:  
il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:
- è coniugato;
  - coniugato/a;
  - 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 certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- dichiarazione dell'altra persona (o delle altre persone) che beneficia 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;

- copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

*FIRMA DEL/la RICHIEDENTE*

---

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via pec, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.*

*I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.*

*L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dai dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.*

Catania, \_\_\_\_\_

Per presa visione

-----

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ dipendente in servizio presso l'Istituto Compren-

sivo "Maria Montessori- Pietro Mascagni" di Catania in qualità di

\_\_\_\_\_ a tempo determinato  indeterminato

### DICHIARA

- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono state chieste le agevolazioni;
- 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 ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Catania, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL DIPENDENTE

\_\_\_\_\_