

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'I.T. "G.C.Falco"  
CAPUA (CE)

**OGGETTO: Richiesta permessi Legge 104/1992 art. 33 comma 3. A.S. 2024/2025.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
qualifica \_\_\_\_\_ tempo determinato/indeterminato presso  
\_\_\_\_\_

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la  
sig. \_\_\_\_\_ (coniuge / figlio / madre / padre /altro \_\_\_\_\_) nato a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_-prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ .

Il/L \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_, 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:

- è l'unico familiare che può prestare assistenza nei confronti del/la sig./ra \_\_\_\_\_
- che presta assistenza al/alla sig./ra \_\_\_\_\_ congiuntamente al/alla  
sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in servizio  
Presso \_\_\_\_\_ per l'a.s. 2024/2025

è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il  
riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a  
prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

è 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 dei disabili;

il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;

si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da  
cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello  
stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione INPS/ASL di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE**

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000

**(da compilare solo se appartengono allo stesso nucleo familiare del soggetto disabile)**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
di non essere nelle condizioni di prestare assistenza  
continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:  
\_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici  
previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
di non essere nelle condizioni di prestare assistenza  
continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:  
\_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici  
previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
di non essere nelle condizioni di prestare assistenza  
continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:  
\_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici  
previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

I sottoscritti dichiarano di essere conviventi con il/la  
Sig. \_\_\_\_\_ (specificare la  
relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, familiare disabile, con il  
quale abitano nel Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) via  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_