

**Al Dirigente dell'Ufficio IV  
Ambito Territoriale per la provincia di Agrigento**

**OGGETTO: Domanda di ammissione ai permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/92 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Dirigente Scolastico presso \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

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

- Cognome e nome* \_\_\_\_\_  
 *Rapporto di parentela* \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_), Via/P.zza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

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 soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;  
 l'accertamento della condizione di disabilità è:  
 **IRRIVEDIBILE**  
 **RIVEDIBILE** il / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- di essere **il referente unico** a prestare assistenza alla persona con disabilità grave e nessun altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona;
- di **non essere il referente unico** e di prestare assistenza alla persona sopra indicata alternativamente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due assistenti, con:

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

**In servizio presso (indicare la struttura lavorativa)** \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

Il/la Sottoscritt...

- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza della persona con disabilità 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;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui conseguia la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso)
- Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e si allega informativa di riferimento controfirmata

li

Firma

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 – comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;
- Informativa privacy