

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'I.C. FANCIULLI  
ARRONE

DOMANDA PERMESSI ART. 33 LEGGE 104/02

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_ Sede di servizio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Tempo pieno  part-time \_\_\_\_\_ %

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Portatore di handicap grave accertato dall'AULSS di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

RICOVERATO A TEMPO PIENO SI  NO

RICOVERATO A TEMPO PIENO presso istituti specializzati (per i figli inferiori anni 3) SI  NO

CONVIVENTE SI  NO

IN CASO DI CONVIVENZA PRECISARE LO STATO DI FAMIGLIA:

cognome e nome	data e luogo di nascita	attività
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza.

---

IN CASO DI NON CONVIVENZA INDICARE

► Distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap Km. \_\_\_\_\_

► Tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap ore \_\_\_\_\_

► precisare lo stato di famiglia del portatore di handicap

cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\* nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di inabilità lavorativa al 100% o invalidità civile superiore ai 2/3, vanno comunque allegate le relative certificazioni.

- 
- Dichiaro, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap.

---

**ELENCO ALTRI FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP FINO ALLO STESSO GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE**

cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

---

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità.

Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che dovessero intervenire nella situazione sopradescritta.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

Si conferma che il Sig./Sig.a \_\_\_\_\_ ha sottoscritto l'istanza in mia presenza.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

---

o in alternativa allegare fotocopia di un documento di identità (non autenticato)

---

### ALLEGATI

- Certificato rilasciato dall'AULSS attestante lo stato di gravità dell'Handicap
- Certificato del medico specialista (in attesa venga consegnato il certificato rilasciato dall'AULSS)
- Altra documentazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**N.B.:** Si fa presente che la domanda verrà evasa nei termini previsti dalla L. 241/

(entro 30 giorni dalla data di ricevimento al protocollo generale).

Qualsiasi integrazione di documentazione richiesta interrompe il suddetto termine.