

MODULO DI DOMANDA
PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE
(D.Lgs.151/2001, art.42; legge 104/92, art.33 comma 3; legge 53/2000, art.19 e art.20;
Circolare INPS n.90 del 23/05/2007)

GENITORI DI MAGGIORENNI
PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PERSONE MAGGIORI DI 3 ANNI
CONIUGI

Al Dirigente Scolastico

IL/LA SOTTOSCRITT_

<i>Quadro A</i>	<i>RICHIEDENTE</i>
COGNOME E NOME _____	
LUOGO E DATA DI NASCITA _____	
CODICE FISCALE _____	
INDIRIZZO E COMUNE DI RESIDENZA _____	

CHIEDE

di fruire dei permessi indicati al *quadro D*

<i>Quadro B</i>	<i>DATI DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP</i>
COGNOME E NOME _____	
LUOGO E DATA DI NASCITA _____	
CODICE FISCALE _____	
INDIRIZZO E COMUNE DI RESIDENZA _____	
<input type="checkbox"/> Figlio/a biologico/a	
<input type="checkbox"/> Figlio/a adott_/affidat_.data provvedimento di adozione/affidamento _____	
<input type="checkbox"/> Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela) _____	
<input type="checkbox"/> Convivente con il/la richiedente	
<input type="checkbox"/> Non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato	
<input type="checkbox"/> In condizione di handicap grave, accertata dalla ASL di _____	
<input type="checkbox"/> Non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati	

DICHIARA

- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave;
- Che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori;
- Di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i permessi mensili indicati al successivo quadro D, dei congedi straordinari previsti dall'art. 42 comma 5 del D.lgs 151/01 per l'assistenza ai figli (o, nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) in condizione di handicap grave;
- 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⁽¹⁾
-

(1) se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza

Quadro C	COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE		
Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

Quadro D	PERMESSI RICHIESTI: GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO NEI SEGUENTI 12 MESI (QUANDO IL TEMPO NORMALMENTE NECESSARIO PER COPRIRE TALE DISTANZA SUPERA I 60 MINUTI)	
MESI	DATE	MOTIVAZIONI
SETTEMBRE:		
OTTOBRE:		
NOVEMBRE:		
DICEMBRE:		

GENNAIO:		
FEBBRAIO:		
MARZO:		
APRILE:		
MAGGIO:		
GIUGNO:		
LUGLIO:		
AGOSTO:		

Documentazione allegata:

- certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap, o, per le persone con sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base con allegata copia del “cariotipo” sulla cui base il medico curante stesso ha rilasciato il certificato (legge 27/12/2002, art. 94), o, per i grandi invalidi di guerra ed equiparati, copia dell’attestato di pensione, o, del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero;

In caso di adozione:

- Adozione nazionale: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall’Autorità competente;
- Adozione internazionali (legge 31/12/98 n. 476): certificato dell’Ente autorizzato, da cui risulti l’adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l’avvio del procedimento di “convalida” presso il giudice italiano.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

FIRMA DELL’ASSISTITO
O DEL TUTOR

Data, ____/____/200__