



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "PERUGIA 12"  
Via Cestellini, 3 – 06135 Ponte San Giovanni (Perugia)  
C.F. 94127320540 - COD. MEC. PGIC840009  
Tel. centralino 075 395539 – 075393320 – fax 075 393906

E mail: [PGIC840009@istruzione.it](mailto:PGIC840009@istruzione.it) – PEC: [PGIC840009@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:PGIC840009@PEC.ISTRUZIONE.IT)  
Sito: [www.istitutocomprensivoperugia12.edu.it](http://www.istitutocomprensivoperugia12.edu.it)



Al Dirigente Scolastico  
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "PERUGIA 12"  
SEDE

**Oggetto: Domanda di ammissione DOCENTI e ATA ai permessi art. 33 L. 104/92.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, in servizio  
presso Codesto Istituto Scolastico, in qualità di \_\_\_\_\_

a tempo indeterminato

a tempo determinato

in applicazione dell'art.33 della Legge n. 104/1992, modificato da D.L. n. 105/2022,

DICHIARA

Di essere il Referente Unico

oppure

Di usufruire del permesso, alternativamente a\_\_\_ seguent\_\_\_ avente/i diritto  
\_\_\_\_\_ (in tale ipotesi, si precisa che relativamente ad ogni  
mese in cui si usufruirà di tale permesso, dovrà essere indicato il n. di giorni usufruiti dagli altri beneficiari),

CHIEDE

Di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. n. 104/1992, come modificato da D.L. n. 105/2022, per poter assistere:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Rapporto di parentela \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

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

C.F. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Distanza chilometrica tra le due abitazioni Km: \_\_\_\_\_ (se superiore a 150 Km dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili)



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PERUGIA 12"  
Via Cestellini, 3 – 06135 Ponte San Giovanni (Perugia)  
C.F. 94127320540 - COD. MEC. PGIC840009  
Tel. centralino 075 395539 – 075393320 – fax 075 393906

E mail: [PGIC840009@istruzione.it](mailto:PGIC840009@istruzione.it) – PEC: [PGIC840009@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:PGIC840009@PEC.ISTRUZIONE.IT)  
Sito: [www.istitutocomprensivoperugia12.edu.it](http://www.istitutocomprensivoperugia12.edu.it)



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 da assistere è in vita;
- il soggetto in stato di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;

Oppure

- il soggetto in stato di handicap grave si trova in una delle ipotesi indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010, di seguito specificate:

o il soggetto in stato di handicap grave è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata ma ha necessità di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;

o il soggetto in stato di handicap grave è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata ma è in coma vigile e/o in situazione terminale (eccezione indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

o il soggetto in stato di handicap grave è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata ma è un minore per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare (eccezione indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del soggetto in stato di handicap grave 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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Firmato

Perugia, \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Si allega:

- 1) Copia Certificato ASL competente, attestante lo stato di "handicap grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1, art. 4 L. 104/92;
- 2) Copia documento di identità del Dichiarante in corso di validità;
- 3) Copia documento di identità dell'assistito in corso di validità.