



**ISTITUTO COMPRENSIVO VALLI e CARASCO**  
Scuola Primaria, dell'Infanzia, Secondaria di I° Grado  
Viale Montegrappa, 3 – 16042 - CARASCO (GE)  
C.F.: 90057960107 -Tel. 0185.350754 – Fax. 0185.351116  
e-mail: [geic80500r@istruzione.it](mailto:geic80500r@istruzione.it) - [geic80500r@pec.istruzione.it](mailto:geic80500r@pec.istruzione.it)

### **DOMANDA DI ACCESSO AI BENEFICI PER SITUAZIONI DI HANDICAP**

( art. 33 comma L-104/92, come modificato dagli artt.19 e 20 L. 53/2000- riformulato con art.3 c 1 lett.B n. 2 D.Lgs 105/2022)  
( art.42/5 D.Lgs 151/2001 -modificato con art. 2 c. 1 lett. N D.Lgs 105/2022)

il/la sottoscritta			
nato/a il/	a	Prov	
In servizio presso codesto istituto in qualità di			
• Con contratto di lavoro a Tempo Determinato		sino al	
• Con contratto a Tempo Indeterminato			

#### **CHIEDE di poter accedere ai benefici previsti:**

• dall'art. 33 comma 3 della legge 104/92	• dall'art. 42 comma 5 del D.lgs 151/2001
---	---

- per se stesso, lavoratore disabile con riconosciuto stato di gravità (art. 33 comma 6 legge 104/92)
- per assistere il proprio familiare, genitori, parenti o affini (entro il 3° grado) portatori di handicap grave (art. 33 comma 3 legge 104/92)

Cognome	Nome
Rapporto di parentela	
Luogo e data di nascita	

#### **A tal fine dichiara**

• Che il portatore di handicap ha liberamente scelto, all'interno della famiglia, il richiedente il presente permesso, come persona che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.	
• Che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata.	
• Che il portatore di handicap è in condizione di gravità accertata dalla ASL:	
Di	In data
• Che il portatore di handicap è convivente con il sottoscritto	
• Di non essere convivente con il portatore di handicap grave, che è residente:	
Comune di	Via
Che la distanza chilometrica tra la residenza del richiedente e il portatore di handicap è di Km	
Che il tempo necessario per raggiungere l'abitazione del richiedente è di ore	
• Che svolge, nei confronti del portatore di handicap, attività di assistenza con carattere continuativo	
• Che svolge, nei confronti del portatore di handicap, attività di assistenza sistematica ed adeguata in relazione alle esigenze della persona con disabilità in stato di gravità. A tal fine produce il " Programma di assistenza" a firma congiunta dal sottoscritto richiedente e dalla persona da assistere.	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Che nessun altro parente, lavoratore, o affini entro il terzo grado beneficia dei permessi per lo stesso soggetto</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Che beneficia dei permessi per lo stesso soggetto congiuntamente con:</li> </ul>			
COGNOME / NOME	CODICE FISCALE	GRADO PARENTELA	DATORE DI LAVORO

**A tal fine**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allega copia autentica del certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1 della L.104/92</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dichiaro che la documentazione è presente nel proprio fascicolo personale</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dichiaro che la commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dichiaro che la certificazione rilasciata dall'ASL non è scaduta e non ha subito modifiche</li> </ul>

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per coloro che rendono dichiarazioni mendaci, o nel caso di formazione o uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'istituto, dichiara che le notizie fornite e gli atti allegati, o menzionati, alla presente rispondono a verità.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente la variazione delle notizie e situazioni di cui alla presente, in particolare:

- eventuale ricovero presso strutture specializzate e/o ospedaliere;
- la revisione del giudizio di gravità dell' handicap da parte della commissione ASL;
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di parenti o affini entro il terzo grado.

Cicagna, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA

**II DIRIGENTE SCOLASTICO Reggente  
Foglià Felicita**

<input checked="" type="checkbox"/> Che nessun altro parente, lavoratore, o affini entro il terzo grado beneficia dei permessi per lo stesso soggetto			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Che beneficia dei permessi per lo stesso soggetto congiuntamente con:</li> </ul>			
COGNOME / NOME	CODICE FISCALE	GRADO PARENTELA	DATORE DI LAVORO

**A tal fine**

<input checked="" type="checkbox"/> Allega copia autentica del certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1 della L.104/92
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dichiaro che la documentazione è presente nel proprio fascicolo personale</li> <li>• Dichiaro che la commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e</li> </ul>
<input checked="" type="checkbox"/> Dichiaro che la certificazione rilasciata dall'ASL non è scaduta e non ha subito modifiche

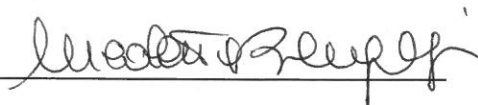
Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per coloro che rendono dichiarazioni mendaci, o nel caso di formazione o uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'istituto, dichiara che le notizie fornite e gli atti allegati, o menzionati, alla presente rispondono a verità.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente la variazione delle notizie e situazioni di cui alla presente, in particolare:

- eventuale ricovero presso strutture specializzate e/o ospedaliere;
- la revisione del giudizio di gravità dell' handicap da parte della commissione ASL;
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di parenti o affini entro il terzo grado.

30-1-2023

Firma del richiedente



SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA

**II DIRIGENTE SCOLASTICO**  
Foglia Felicità

**ASL**

COMMISSIONE HANDICAP L104  
VIA G.B.GHIO, 9 16043  
CHIAVARI - GE - LIGURIA

COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL' HANDICAP  
(Legge del 5 febbraio del 1992 n. 104 - Legge 3 agosto 2009 n. 102 art. 20)

**Data visita:** 3/1/2023 **Data definizione:** 3/1/2023 **Tipo accertamento:** Ambulatoriale / aggravamento

**Data domanda:** 3/11/2022 **N. Domanda:** 3930943805741 **Tipo domanda:** L.104/92

**BERGONZI GIAN LORENZO C.F.: BRGGLR36C13B067G**

**Data di nascita:** 13/3/1936 **Luogo di nascita:** BORZONASCA (GE)

**Residenza:** VIA MARRE' CARLO, 5 3 16041 BORZONASCA (GE)

**Documento di riconoscimento:** Identificazione effettuata dalla Commissione con valido documento d'identità

**Attività lavorativa:** Altro

---

**Dati anamnestici:** OMISSIS

**Esame obiettivo:** OMISSIS

**Accertamenti disposti:** OMISSIS

**Documentazione acquisita:** OMISSIS

**Parere dell'esperto:** OMISSIS

---

**Diagnosi:** OMISSIS

**Codice ICD9**

OMISSIS

---

**Diagnosi funzionale:** OMISSIS

---

**Ai sensi dell'art. 4 della legge 05 febbraio 1992 n.104, la Commissione Medica riconosce l'interessato:  
PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' (COMMA 3 ART.3)**

---

**Ricorrono le previsioni di cui:**

-l'interessato non possiede alcun requisito tra quelli di cui all'art. 4 D.L. 9 febbraio 2012 n. 5

---

**REVISIONE:** SI Anno: 2024 Mese: 01

---

**Presidente:** FABIO ONORATO