

MODULO RICHIESTA PERMESSI

Legge n° 104/92

Al Dirigente Scolastico

Il/La Sottoscritto/a in servizio presso questo Istituto in qualità di _____
a tempo indeterminato determinato consapevole che la fruizione del diritto può essere
riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo
lavoratore dipendente,

CHIEDE

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del
beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale unico referente per l'assistenza
del proprio familiare Sig.\ra _____, nato il _____ (indicare il
grado di parentela): _____ persona disabile in situazione di gravità,
riconosciuta ai sensi dell'art.3 ed accertata ai sensi dell'art.4 della Legge sopra indicata.

Allega alla presente:

1. Certificato, in originale o conforme, rilasciato dall'ASL n. di _____
attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
2. Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il
sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in
maniera ed in forma esclusiva. *In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o
sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o
dell'amministratore di sostegno o atto notorio* **ALLEGATO 1.**
3. Dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto. **ALLEGATO 2.**
4. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno. **ALLEGATO 3.**
5. Dichiarazione che il coniuge e\o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni
di età, oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.
ALLEGATO 4.

A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza
in termini di sistematicità ed adeguatezza.

Consapevole dell'impegno assunto e degli oneri che la Pubblica Amministrazione
sopporta per tale assistenza e delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false
e mendaci, assume formale impegno di comunicare tempestivamente l'eventuale
intervenuta variazione della situazione di fatto e di diritto che venisse a determinare la
perdita delle agevolazioni richieste con la presente istanza. Assume, per la migliore
organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo
preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

DATA _____

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2023\2024 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE

CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col richiedente e che il richiedente medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva.

In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. () il _____ con disabilità grave con la presente, familiare

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il/la Sig./ra _____
(specificare la relazione di parentela o affinità), il\la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92, è l'unico referente alla propria assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario.

Si allega documento di identità del sottoscritto.

DATA _____

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2023\2024 DI PERMESSO PER ASSISTENZA

FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE GRAVE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. () il _____

convivente

non convivente

con il/la familiare disabile Sig./ra _____

(specificare la relazione di parentela o affinità)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, di non essere nelle condizioni di poter prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti motivi: _____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

DATA _____

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2023 /2024 DI PERMESSO PER ASSISTENZA

FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. () il _____

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona
disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

DICHIARA

che il familiare in stato di disabilità grave

per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato

a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere

continuativo ed in via esclusiva dal parte del/della sottoscritto/a.

DATA _____

ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2023\2024 DI PERMESSO PER ASSISTENZA

FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

Dichiarazione che il coniuge e\o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. () il _____, familiare con disabilità grave, con la presente comunica

che il/la Sig. _____ (affinità) (specificare la relazione di

parentela o, ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33

della L. 104\92, ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000

DICHIARA

che il/la Sig./ra è l'unico referente alla propria

assistenza, alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha connesso rapporto fiduciario in quanto il proprio coniuge e\o i genitori:

sbarrare la casella che interessa

- hanno superato i 65 anni di età
- sono affetti da patologie invalidanti
- sono deceduti
- sono mancanti

Si allega documento di identità del sottoscritto.

DATA _____
