

MODULO RICHIESTA PERMESSI

LEGGE N. 104/92

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritt _____

In servizio presso questo Istituto in qualità di:

☐ DSGA ☐ Assistente Amm./Tecnico ☐ Coll. Scolastico ☐ Docente
A tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

Consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità.

CHIEDE

Alla S.V. ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92 integrata dal Dlgs n.105/2022, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di tre giorni mensili quale referente per l'assistenza del proprio

Familiare Sig./ra _____

Nato a _____ 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. *In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio. ALLEGATO 1*
- 3) Dichiarazione di assenza o di ricovero a tempo pieno. **ALLEGATO 2**
- 4) 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 3**

A tale 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 ed egli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per tale assenza 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.

_____, lì, _____

IN FEDE

Prot. N. _____ del _____	☐ SI AUTORIZZA ☐ NON SI AUTORIZZA Il Dirigente Scolastico Prof.ssa Patrizia ISABELLA
--------------------------	---

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: Richiesta per l'a.s. _____ / _____ di permesso per assistenza familiare con
disabilità grave – art. 33 Legge 104/92

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

Il/La sottoscritt _____

Consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa
persona disabile in situazione di gravità,

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 da parte del/della sottoscritto/a.

_____ lì, _____

IN FEDE

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: Richiesta per l'a.s. _____ / _____ di permesso per assistenza familiare con
disabilità grave – art. 33 Legge 104/92

Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col richiedente

*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 sottoscritt_____

Nat_____ (_____) il _____,

familiare con disabilità grave con la presente

D I C H I A R A

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 Legge 104/92, **referente alla propria
assistenza**, che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario.

Si allega documento di identità del sottoscritto.

_____ lì, _____

IN FEDE

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: Richiesta per l'a.s. ____ / ____ di permesso per assistenza familiare con
disabilità grave – art. 33 Legge 104/92

**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 sottoscritt _____

Nat _____ (____) il _____,

familiare con disabilità grave con la presente comunica che il/la Sig./ra

(specificare la relazione di parentela o affinità) _____, ha
richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92
ed ai sensi della Legge n. 15/68 e DPR N. 445/2000

D I C H I A R A

il/la Sig./ra _____ è referente alla propria assistenza e che il
sottoscritto ha con esso 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

Si allega documento di identità del sottoscritto.

_____, lì, _____

IN FEDE