

MODULO RICHIESTA PERMESSI

Legge n° 104/92

Lavello, li _____

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. LAVELLO

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di

☐ DSGA ☐ Assistente amministrativo ☐ Collaboratore Scolastico ☐ Docente
a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

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 per l'assistenza del proprio familiare Sig.\ra

_____, nato/a a _____
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.

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 disabile è in vita;

☐ l'accertamento dell' handicap è ☐ **IRRIVEDIBILE** ☐ **RIVEDIBILE** il _____

☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

☐ di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun'altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;
oppure

☐ **di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto (D.Lgs n. 105 del 13/08/2022):**

NOME _____ COGNOME _____

DATA _____ LUOGO NASCITA _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/_____ mail _____

Allega alla presente:

1. Certificato, in originale o conforme, rilasciato dall'INPS di _____ n. _____ del _____ 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.* (solo in caso di referente unico)
3. Dichiarazione dell'altra persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari. **ALLEGATO 2.1**
4. Dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto. **ALLEGATO 2.2**
5. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno. **ALLEGATO 3.**
6. 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.

IN FEDE

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente tramite mail, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

Lavello, _____

Per presa visione

Prot. n. _____ del _____

☐ SI AUTORIZZA

☐ NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Aurelia Antonietta BAVUSO)

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. LAVELLO

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 202 \2 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 _____, familiare con
disabilità grave con la presente

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.

IN FEDE

.....

ALLEGATO 2.1

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. LAVELLO

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 202 \2 DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992-

DICHIARAZIONE ALTRO COMPONENTE 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) _____, per cui
il\la Sig.\ra _____ ha richiesto al suo datore di
lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, di beneficiare dei permessi giornalieri
per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente col sig./ra
_____, grado di parentela
_____, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i
beneficiari (D.Lgs n. 105 del 13/08/2022).

Dichiara altresì di essere in servizio presso: (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/_____ mail

_____ li, _____

Firma

ALLEGATO 2.2

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. LAVELLO

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 202 \2 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/aa

_____ prov. (____) il _____

☐ convivente

☐ non convivente

con il/la familiare disabile Sig./ra _____

(specificare la relazione di parentela o affinità) _____, per cui

il\la Sig.\ra _____ ha richiesto al suo datore di

lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92,

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.

_____, li, _____

Firma _____

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. LAVELLO

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 202 \2 DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

Il/La sottoscritto/a _____

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.

IN FEDE

Lavello, _____

ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. LAVELLO

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 202 \2 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.
_____ (specificare la relazione di parentela o
affinità) _____, 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 _____ assiste il/la sottoscritto/a, e che
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
- ☐ sono deceduti
- ☐ sono mancanti

Si allega documento di identità del sottoscritto.

_____, li, _____

IN FEDE

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA

(Circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente a _____ in via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità;

DICHIARA

- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- che 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);
- che è consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi, ai sensi del D.Lgs 105/2022, può essere riconosciuto al sottoscritto/a e/o, alternativamente, ad altro/i soggetto/i previsto/i dalla legge, per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra i beneficiari.

Lavello, _____

Il dichiarante

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Istituto Comprensivo Statale LAVELLO I, informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte della scuola medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico.

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Lavello, _____

Firma _____