

**MODULO RICHIESTA PERMESSI**  
**Legge n° 104/92**

., li \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto in qualità di

DSGA     Assistente amministrativo     Collaboratore 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, 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 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 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.

IN FEDE

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1) Prot. n. _____ del _____ | <input type="checkbox"/> SI AUTORIZZA<br><input type="checkbox"/> NON SI AUTORIZZA<br><br>IL DIRIGENTE SCOLASTICO |
|-----------------------------|---|

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

---

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 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 sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_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

Al Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 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 sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_\_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 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

---

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992-

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

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.

IN FEDE

---

ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico

---

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 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 sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ è l'unico referente alla propria assistenza, alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva 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
- sono deceduti
- sono mancanti

Si allega documento di identità del sottoscritto.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

IN FEDE

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE  
DELL'HANDICAPPATO

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

conviventi con il/la Sig. \_\_\_\_\_ (specificare la  
relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, familiare disabile, con il  
quale abitano nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via  
\_\_\_\_\_

*DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'*

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza  
continuativa al familiare disabile 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, \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_