

# MODULO RICHIESTA PERMESSI

**Legge n° 104/92**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell'IPSAR "COSTA SMERALDA"**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

in qualità di

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

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

C H I E D E

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  _____	SI AUTORIZZA  NON SI AUTORIZZA  <b>IL DIRIGENTE SCOLASTICO (Prof. Antonello Pannella)</b>
------------------------------------	---

**ALLEGATO 1**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell'IPSAR "COSTA SMERALDA"**

**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**

---

**Al Dirigente Scolastico  
dell'IPSAR "COSTA SMERALDA"**

**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. ( \_\_\_\_ )

convivente

non convivente con il/la familiare disabile Sig./ra \_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_ per cui il/la  
Sig./ra \_\_\_\_\_ ha chiesto 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'IPSAR "COSTA SMERALDA"**

**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**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_

consapevole che la fruizione del diritto pu 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

\_\_\_\_\_

**Al Dirigente Scolastico  
dell'IPSAR "COSTA SMERALDA"**

**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./ra \_\_\_\_\_(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 sig. \_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_

