

## MODULO RICHIESTA PERMESSI Legge n.104/92

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Elsa Morante- Roma

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

docente  personale ata a tempo  indeterminato  determinato, in servizio presso questo Istituto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

### CHIEDE

**di poter fruire dei permessi retribuiti previsti ai sensi dell'art.33, comma 3 della Legge 05/2/1992, n. 104, modificato dall'art. 19 e 20 della Legge n.53 dell'8/3/2000 e dell'art.24 della Legge n.182 del 4/11/2010 al fine dell'assistenza (*barrare la casella d'interesse*):**

a se stesso

al sottoindicato familiare in situazione di handicap:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Tipo disabilità: (indicare rivedibile / non rivedibile):

Rivedibile Anno revisione: \_\_\_\_\_

Non rivedibile

Grado di parentela:

coniuge  figlio maggiorenne  figlio minore  genitore  Altro parente o affine entro il II grado (specificare): \_\_\_\_\_  Altro parente o affine entro il III grado (specificare): \_\_\_\_\_

Dichiara altresì che il coniuge o uno dei genitori del soggetto per il quale si richiede l'assistenza si trova in una delle seguenti condizioni:

- Coniuge della persona disabile oltre i 65 anni
- Genitori della persona con handicap con età superiore a 65 anni
- Coniuge affetto da patologia invalidante
- Genitore affetto da patologia invalidante
- Coniuge deceduto o mancante (mancanza naturale o giuridica ad es. celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto)
- Genitori deceduti o mancante (mancanza naturale o giuridica ad es. celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto)

L'assistito è dipendente pubblico: indicare  si o  no

A tal fine allega il verbale in copia originale o conforme di accertamento della Commissione Sanitaria n. ....di.....che attesta la situazione di gravità del grado di handicap, ai sensi dell'art.4, comma 1 della Legge 104/92.

Nel caso di assistenza al familiare, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

di non essere  di essere convivente con l'interessato;

- che nessun altro ha chiesto di poter fruire dei permessi per l'assistenza al familiare sopra indicato;
- che i seguenti familiari hanno chiesto di poter fruire dei permessi per l'assistenza al familiare sopra indicato:  
Cognome..... Nome.....Luogo di nascita.....Data di nascita.....  
Cognome..... Nome.....Luogo di nascita.....Data di nascita.....

- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di usufruire 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 il familiare portatore di handicap **non è ricoverato a tempo pieno** in istituti di cura, case per anziani ecc.....e si impegna ad informare l'amministrazione qualora questa situazione venga meno.
- che il familiare portatore di handicap grave, è residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore e attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

**Il/la sottoscritto/a comunque si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi altra variazione che possa modificare la concessione del permesso richiesto.**

Allegati alla presente:

- verbale in copia originale o conforme di accertamento della Commissione Sanitaria attestante la situazione di gravità del grado di handicap, ai sensi dell'art.4, comma 1 della Legge 104/92;
- **allegato 1**- Dichiarazione del familiare portatore di handicap grave attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è/non è l'unico referente della sua assistenza. 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 e 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 2** - Dichiarazione che eventuali parenti esercitano lo stesso diritto.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

### **INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2017/679**

Il trattamento dei dati da lei forniti è finalizzato esclusivamente alla concessione dei permessi retribuiti previsti ai sensi dell'art.33, comma 3 della Legge 05/2/1992

SI AUTORIZZA

NON SIAUTORIZZA

IL Dirigente Scolastico  
Prof. Marco Scicchitano

Allegato 1

DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE ATTESTANTE IL RAPPORTO FIDUCIARIO CON IL RICHIEDENTE E CHE IL RICHIEDENTE E' /NON E' L'UNICO REFERENTE DELLA SUA ASSISTENZA

Il -La sottoscritto \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 quanto segue:

-di essere soggetto in situazione di disabilità grave (art. 3 comma 3 della Legge 104/92);

-che Il -La Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

è : .....(grado di parentela o affinità) ed è/non è l'unico referente  
( altri referenti : ..... ) della  
sua assistenza.

- e che il proprio coniuge e/o i genitori:

hanno superato i 65 anni di età

sono affetti da patologie invalidanti

sono deceduti

sono mancanti

-di non essere ricoverato a tempo pieno.

Allega copia del documento di riconoscimento firmata.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegato 2

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI FAMILIARI DEL DISABILE GRAVE CHE FRUISCONO DEI PERMESSI RETRIBUITI PER L'ASSISTENZA AL DISABILE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ ( )

convivente  non convivente con il /la familiare disabile

Sig./ra \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_,

DICHIARA SOTTO LAPROPRIA RESPONSABILITA'

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n.445/2000, di aver richiesto al proprio datore di lavoro ..... di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92,

Allega copia del documento di riconoscimento firmata.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_