

RICHIESTA ACCESSO AI BENEFICI Legge n° 104/92

Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "G. De Sanctis"
ROMA

_____ 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. _____,

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



Spazio riservato all'ufficio

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

1) Prot. _____ del _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

ALLEGATO 1

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "G. De Sanctis"
ROMA**

OGGETTO: **RICHIESTA PER L'A.S. [REDACTED] 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.

[REDACTED] / [REDACTED] sottoscritt [REDACTED] nat [REDACTED] a [REDACTED]
[REDACTED] prov. ([REDACTED]) il [REDACTED], familiare con
disabilità grave con la presente

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che [REDACTED] Sig. [REDACTED]
(specificare la relazione di parentela o affinità), [REDACTED] 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

[REDACTED]

Dichiarazione di chi non sa o non può firmare

Il richiedente dei benefici di cui alla legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni, Sig.

[REDACTED] nat [REDACTED] a [REDACTED] il [REDACTED]
dichiara che il disabile a cui deve prestare assistenza si trova nella seguente situazione:

che non sa firmare che non può firmare a causa del seguente impedimento: [REDACTED]

[REDACTED]

Luogo e data

[REDACTED]

Firma

[REDACTED]

ALLEGATO 2

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "G. De Sanctis"
ROMA**

OGGETTO: **RICHIESTA PER L'A.S. [REDACTED] DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-**

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE
GRAVE**

[REDACTED] sottoscritt [REDACTED] nat [REDACTED]

a [REDACTED] prov. ([REDACTED]) il [REDACTED]

- convivente
 non convivente

con [REDACTED] familiare disabile Sig. [REDACTED]
(specificare la relazione di parentela o affinità) [REDACTED], per cui [REDACTED]

Sig. [REDACTED] 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: [REDACTED] e pertanto di non avvalersi
dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Luogo e data

[REDACTED]

Firma

[REDACTED]

ALLEGATO 3

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "G. De Sanctis"
ROMA**

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 sottoscritt

Luogo e data

Firma

ALLEGATO 4

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "G. De Sanctis"
ROMA**

**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 sottoscritto _____
prov. () il _____, familiare con disabilità grave, con la presente comunica
che 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 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.

Luogo e data

Firma

Dichiarazione di chi non sa o non può firmare

Il richiedente dei benefici di cui alla legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni, Sig.

_____ nat _____ a _____ il _____

dichiara che il disabile a cui deve prestare assistenza si trova nella seguente situazione:

- che non sa firmare che non può firmare a causa del seguente impedimento: _____

Luogo e data

Firma