

ALL. 1 – RICHIESTA BENEFICI PREVISTI DALLA LEGGE N. 104/1992
(come modificato dalla Legge n. 183/2010, dal D.Lgs. n. 119/2011 e dal D.Lgs. n. 105/2022)
per se stessi e/o per assistenza familiare

1 sottoscritt _____ nat _ il ___ / ___ / ___ a _____ (Prov. ___) codice fiscale _____, residente a _____ (Prov. ___) in _____ n. ___ recapito telefonico _____ email _____, in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di:

- docente** con contratto a tempo indeterminato a tempo determinato
 ATA con contratto a tempo indeterminato a tempo determinato
 part-time orizzontale part-time verticale per ___ ore

in qualità di:

- lavoratore disabile in situazione di gravità (art. 33, comma 6)
 genitore per figlio di età inferiore a tre anni e fino a otto anni (art. 33, commi 1-2-3)
 genitore per figlio di età superiore a otto anni (art. 33, comma 3)
 coniuge, parente o affine per familiare entro il 2° grado (art. 33, comma 3)
 parente o affine per familiare per le specifiche condizioni particolari previste per il 3° grado (art. 33, comma 3)

chiede di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 comma 3 della legge n. 104/1992 per poter assistere _____ nat _ il ___ / ___ / ___ a _____ (Prov. ___) codice fiscale _____, residente a _____ (Prov. ___) in _____ n. ___ con il quale è nella seguente relazione di parentela:

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:

di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 Km rispetto alla residenza dalla persona con disabilità con connotazione di gravità da assistere (con riserva di presentare, al rientro in servizio, la documentazione che attesti che _1_ sottoscritt _1_ si è effettivamente recato presso la residenza del familiare da assistere)

di risiedere in comune situato a distanza stradale inferiore a 150 Km rispetto alla residenza dalla persona con disabilità con connotazione di gravità da assistere

di essere a conoscenza che:

- il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art.33, comma 3, L.104/92 e s.m.i, per l'assistenza del familiare disabile sopra indicato, può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti interessati aventi diritto tra quelli indicati nella predetta norma di legge (essendo venuto meno il principio del "referente unico" a seguito della riforma dell'art. 33, comma 3, L. 104/92 operata dal D.Lgs. n. 105/2022);
- in presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata disposizione ne consente la fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona disabile.

E PERTANTO

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona con disabilità **OPPURE**

che, oltre al sottoscritto, beneficiano dei permessi i seguenti altri familiari/affini tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile-nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave:

COGNOME/ NOME
NAT..... A..... PROV. IL
CODICE FISCALE
GRADO DI PARENTELA/AFFINITÀ CON IL DISABILE
SE LAVORATORE DIPENDENTE, INDICARE L'AMMINISTRAZIONE/AZIENDA DATRICE DI LAVORO/LA SEDE LAVORATIVA/RECAPITO/MAIL:.....

COGNOME/ NOME
NAT..... A..... PROV. IL
CODICE FISCALE
GRADO DI PARENTELA/AFFINITÀ CON IL DISABILE
SE LAVORATORE DIPENDENTE, INDICARE L'AMMINISTRAZIONE/AZIENDA DATRICE DI LAVORO/LA SEDE LAVORATIVA/RECAPITO/MAIL:.....

che la persona con disabilità con cui sussiste un rapporto di parentela / affinità sino al 3° grado:

- non è coniugato
- è vedovo
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto
- è separato legalmente o divorziato
- è coniugato ma in situazione di abbandono
- ha uno o entrambi i genitori deceduti
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
- ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante

Che sono assenti parenti o affini entro il 3° grado del disabile assistito ovvero vi siano e pertanto si indicano i nominativi dei congiunti che, pur avendovi titolo, non intendano avvalersi dei permessi di cui trattasi, con la precisazione delle generalità di ognuno di essi e della rispettiva dipendenza di lavoro (pubblica e/o privata, della quale si precisano la ragione sociale e i vari recapiti).

COGNOME/ NOME
NAT..... A..... PROV. IL
CODICE FISCALE
GRADO DI PARENTELA/AFFINITÀ CON IL DISABILE
SE LAVORATORE DIPENDENTE, INDICARE L'AMMINISTRAZIONE/AZIENDA DATRICE DI LAVORO/LA SEDE LAVORATIVA/RECAPITO/MAIL:.....

- che la persona con disabilità non è ricoverata a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare INPS n. 155 del 3 dicembre 2010;
- di prestare assistenza nei confronti del disabile per cui ha richiesto le agevolazioni;
- che l'accertamento dell'handicap è: **irrivocabile** **rivocabile** e pertanto con scadenza il/...../.....

- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza alla persona con disabilità, pertanto il riconoscimento delle 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 fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sostengono per l'effettiva tutela delle persone con disabilità
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)
- di aver ricevuto l'informativa fornita dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e degli artt. 13-14 del GDPR, e si impegna a comunicare per iscritto ogni eventuale correzione, integrazione e/o aggiornamento dei dati forniti
- di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nell'informativa

Allega:

- fotocopia carta d'identità e codice fiscale dell'assistito/a e del/la/i/le assistente/i;
- copia del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1 della L. n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza;
- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione;
- nei casi previsti, altra documentazione (specificare)

Luogo e data _____

(firma per esteso e leggibile)

Vista e verificata la legittimità dell'istanza e la documentazione allegata, informo la S.V. che

- ha diritto a fruire dei benefici richiesti
- non ha diritto a fruire dei benefici richiesti per le seguenti motivazioni:

La S.V., **salvo dimostrate situazioni di urgenza**, dovrà comunicare le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività didattica e amministrativa.

Luogo e data _____

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Daniela Conte