

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"A. Gemelli"
Leporano (TA)

Oggetto: Richiesta di ammissione al permesso retribuito per assistenza a persona con disabilità ai sensi dell'art. 33 c. 6 della Legge 104/92 e ss.mm.ii.

Il/La __ sottoscritto/a _____
nat __ a _____ (Prov. __) il __ / __ / __ ,
residente a _____ (Prov. __), Via _____ n. __ in
servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

- ☐ Docente
☐ ATA (AA)
☐ ATA (CS)
☐ ATA (AT)

con contratto di lavoro a
☐ tempo indeterminato
☐ tempo determinato

presso:

- ☐ Uffici Segreteria
☐ Scuola Infanzia
☐ Scuola Primaria
☐ Scuola Secondaria I grado

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92, modificato dalla Legge n° 53 del 08/03/2000, artt. 19 e 20, dalla legge n. 183/2010, del D. Lgs 105/2022 e delle vigenti norme contrattuali di fruire dei 3 giorni di permesso mensili per assistere il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____
_____ (Prov. __), Via _____ n. __ con il quale è nella
seguente relazione di parentela _____

A tal fine allega:

1. copia del Verbale di Visita Medica del riconoscimento quale persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo, reso conforme all'originale;
2. documento di identità in corso di validità del dipendente richiedente.

Leporano, __ / __ / _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

__l__ sottoscritt__, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, consapevole, così come stabilito all'art. 76 del medesimo decreto, delle sanzioni penali per il caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi

DICHIARA

☐ che il familiare da assistere sopra indicato è stato riconosciuto come persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo, ai sensi dell'art.3, comma 3, L.104/92 e ss.mm.ii. accertata con verbale della Commissione Asl di _____ il _____;

☐ che la persona con disabilità non è ricoverata a tempo pieno presso alcuna struttura pubblica o privata che fornisce assistenza sanitaria continuativa per le 24 ore;

☐ che la persona con disabilità è ricoverata a tempo pieno presso _____;

☐ di essere a conoscenza che:

- il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art.33, comma 3, L.104/92 e ss.mm.ii, per l'assistenza del familiare con disabilità 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 con disabilità;

☐ di essere l'unica persona che assiste la persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo;

☐ 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 con disabilità:

Cognome _____ Nome _____

nat __ a _____ (Prov. __) il __ / __ / _____ ,

Codice Fiscale _____

grado di parentela/affinità con la persona con disabilità _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

☐ che, in presenza di altri beneficiari, frazionerà alternativamente con loro il godimento dei permessi, al fine del rispetto del limite dei tre giorni mensili fruibili;

☐ essere convivente della persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo;

☐ che la distanza chilometrica tra le due abitazioni è di Km _____;

☐ di impegnarsi ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito, solo nel caso di distanza superiore a 150 Km;

☐ di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza della persona con disabilità e, pertanto, il loro riconoscimento 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 sopportano solo per l'effettiva tutela delle persone con disabilità;

☐ di essere consapevole che le disposizioni applicative della nuova normativa (Circolare 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica) prevedono che i lavoratori beneficiari di cui all'art. 33 della Legge 104/1992, come novellato dall'art. 24 della Legge 183/2010, siano tenuti a comunicare al Dirigente competente i giorni di assenza a tale titolo con congruo anticipo e se possibile con riferimento all'arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa, salvo dimostrate situazioni di urgenza;

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sovraesposti (ricovero a tempo pieno dell'assistito presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, etc.).

Solo in caso di permessi per assistere parenti e affini di terzo grado

☐ che i genitori o il coniuge o la parte di un'unione civile o il convivente di fatto della persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo da assistere sono:

- ☐ deceduti
- ☐ mancanti
- ☐ affetti da patologie invalidanti
- ☐ hanno compiuto i 65 anni di età

Leporano, ____ / ____ / _____

Firma del richiedente
