Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Prov. _____) in Via/P.za _____ n° _____,

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____,

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

a. Che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela ¹ _____

(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita

_____ Residente a _____, in Via/Piazza

_____ come risulta dalla certificazione che si allega.

b. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

oppure

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato

oppure

di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirLe assistenza;

¹ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);

Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).

MODELLO: AUTOCERTIFICAZIONE BENEFICI L.104

Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado:

che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata, non possono fornire l'assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza (indicare il n°/lett. corrispondente ad una o più motivazioni sottoelencate)

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata individuate con deliberazione n. 32 del 7.3.2000 dell'INPS:

- 1) Ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104/92, qualora nella famiglia del portatore di handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assistere l'handicappato sono individuabili al verificarsi delle seguenti ipotesi:
 - a) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le pensioni di inabilità o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate)
 - b) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le pensioni di invalidità civile, gli assegni di invalidità INPS, le rendite INAIL, e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
 - c) età superiore ai 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
 - d) età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente);
 - e) infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero.
- 2) Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario, anch'essi debitamente documentati, del familiare non lavoratore dovranno essere valutati dal medico della Sede INPS al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza.
- 3) In caso di genitori entrambi lavoratori e di figlio minore handicappato grave, la presenza di familiari non lavoratori non pregiudica la possibilità, per uno dei due genitori, di fruire, secondo le condizioni previste, dei permessi per assistere tale figlio.

Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore:

di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

tre giorni al mese;

due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____;

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Data _____

Il/la Dichiarante _____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Oggetto: Integrazione a domanda di ammissione al permesso retribuito per ASSISTENZA CONDIVISA a soggetto portatore di handicap grave - L. 104/92.

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)

con contratto di lavoro a:

- tempo indeterminato
- tempo determinato

presso:

Uffici Segreteria - Sede _____

Scuola _____ Infanzia _____ - Plesso/i _____

Scuola Primaria - Plesso/i _____

Scuola Primaria - Plesso/i _____

Scuola Secondaria I grado - Plesso/i _____

in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992, n. 104, come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993, n.324, convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423, nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della Legge 8/3/2000, n. 53 nonché del D.Lgs. 105/ 2022,

DICHIARA

- di essere parente/affine della persona da assistere di:
 - primo grado
 - secondo grado
 - _____

Inquanto (indicare il rapporto di coniugio/parentela/affinità):

del Sig/Sig.ra (Cognome e Nome del disabile da assistere):

Codice Fiscale _____

Se non convivente, indicare la residenza:

residente a _____ (Prov. _____), Via _____ n. _____

In caso di adozione/affido, indicare la data del provvedimento: ____/____/____

- che il familiare da assistere sopraindicato è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3, L.104/92 e s.m.i.;
- che il portatore di handicap è in vita e non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura pubblica o privata che fornisce assistenza sanitaria continuativa per le 24 ore;

che il soggetto disabile da assistere è lavoratore dipendente:

SI

NO

In caso affermativo (SI), indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

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.

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:

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 e la sede lavorativa:

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 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;

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 del disabile, pertanto, il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno - morale, oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza; di essere inoltre 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 dei disabili;

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 in situazione di gravità da assistere sono:

deceduti

mancanti

affetti da patologie invalidanti

hanno compiuto i 65 anni di età

Allegati:

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi dell'art.4, comma 1 L.104/92 e s.m.i.(in originale o copia autentica);
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Altro: _____
- _____

Poiché l'altro/gli altri beneficiario/i usufruiranno, per il mese in corso di n.giorni _____,

CHIEDE

- di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3 della L. 104/92 e s.m.i. per assistere il soggetto sopra indicato in situazione di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale. (* **N.B. arco temporale del mese**):

1. il ____/ ____/ _____ 2. il ____/ ____/ _____ 3. il ____/ ____/ _____

* (**N.B.**): 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**.

In assenza di altre indicazioni si ritiene di quantificare il **congruo anticipo** necessario alla comunicazione della fruizione in **almeno 5 giorni** e si invita gli interessati, ove possibile, a produrre **pianificazioni mensili**, rivedibili in dimostrate situazioni di urgenza.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(REG. UE 2016/679 - D. Lgs. 30/06/2023, n. 196 "Codice in materia di dati personali")

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati dall'I.C. "Dante Alighieri" in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla normativa vigente, al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro.

Caserta, _____/ ____/ _____

Firma del richiedente