MODULO RICHIESTA PERMESSI
Legge n° 104/92

Al Dirigente Scolastico
dell'I. C. "GALILEO CHINI"
Montecatini Terme (PT)

__L__ sottoscritt _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di

☐ **DSGA** ☐ **Assistente amministrativo** ☐ **Collaboratore Scolastico** ☐ **Docente**

a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

Visto il D. Lgs n. 105/2022 contenente misure a sostegno della conciliazione vita-lavoro, con la quale si stabilisce che i ***tre giorni di permesso mensile retribuito*** potranno anche essere **alternati** nella fruizione tra più soggetti (*lavoratori dipendenti*) per l'assistenza allo stesso disabile;
Visto il messaggio INPS n. 3096/2022 del 5 agosto 2022 che a seguito di quanto decretato dall' articolo 3, comma 1, lettera b), n. 2), del decreto legislativo n. 105/2022, stabilisce che a fare data dal 13 agosto 2022, più soggetti aventi diritto possano richiedere l'autorizzazione a fruire dei permessi in argomento alternativamente tra loro, per l'assistenza alla stessa persona disabile grave.

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, per l'assistenza del proprio familiare Sig./__ _____, nat__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, conforme, rilasciato dalla Comm.ne Medica di _____, attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
2. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno (**ALLEGATO 1).**
3. Dichiarazione che il coniuge e/o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età, oppure siano affetti da patologie invalidanti(1) o siano deceduti o mancanti (**ALLEGATO 2).**

A tal fine dichiara che:

- il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza.
- che tali permessi potrebbero essere richiesti, nel limite dei tre giorni mensili, anche dai seguenti familiari:

(1) ***La certificazione attestante la presenti patologie invalidanti del coniuge della persona da assistere, deve essere certificata dalla competente Struttura Sanitaria pubblica, ex Legge 118/71 e DM n. 329/99 e ss.mm.ii***

1. _____ _____ ____/____/_____
Cognome e nome *luogo e data di nascita*

Relazione di parentela _____ _____
Dipendente presso (indicare Ente di lavoro e relativo indirizzo completo)

2. _____ _____ ____/____/_____
Cognome e nome *luogo e data di nascita*

Relazione di parentela _____ _____
Dipendente presso (indicare Ente di lavoro e relativo indirizzo completo)

3. _____ _____ ____/____/_____
Cognome e nome *luogo e data di nascita*

Relazione di parentela _____ _____
Dipendente presso (indicare Ente di lavoro e relativo indirizzo completo)

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

_____

_____ lì _____

1) Prot. n. _____ del ___/___/202__	☐ SI AUTORIZZA ☐ NON SI AUTORIZZA
	IL DIRIGENTE SCOLASTICO (*Prof.ssa Roberta Tommei*)

ALLEGATO 1

Al **Dirigente Scolastico**
Dell'I.C. CHINI - Montecatini Terme

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 20__/___ DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITÀ GRAVE - ART. 33 L. 104/1992- e ss.mm.ii.

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

_l_ sottoscritt_ _____ nat__ a _____ (__) il ___/___/_____, consapevole che la fruizione del diritto, per l'assistenza alla persona disabile in situazione di gravità

DICHIARA

che il familiare _____ in stato di disabilità grave per il quale _l_ sottoscritt__ 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.

Montecatini Terme ___/___/202__

IN FEDE

_____

ALLEGATO 2

Al **Dirigente Scolastico**
dell'I.C. CHINI – Montecatini Terme

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 20__/____ DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITÀ GRAVE - ART. 33 L. 104/1992- e ss.mm.ii.

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.

__l__ sottoscritt_ _____ nat__ a _____ (__) il ____/____/_____,
con la presente comunica che __l__ Sig._____(*specificare la relazione di parentela o affinità*)_____per __ l __ quale ha chiesto 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 l'altro coniuge e/o i genitori:

sbarrare la casella che interessa

☐ hanno superato i 65 anni di età
☐ sono affetti da patologie invalidanti debitamente documentati come previsto dalla normativa(1)
☐ sono deceduti
☐ sono mancanti

Montecatini Terme, ____/____/202__ IN FEDE

_____

(1) ***La certificazione attestante la presenti patologie invalidanti del coniuge della persona da assistere, deve essere certificata dalla competente Struttura Sanitaria pubblica, ex Legge 118/71 e DM n. 329/99 e ss.mm.ii***