**MODULO RICHIESTA PERMESSI**

**Legge n° 104/92**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì Al Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 alla stessa persona con disabilità;

**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 con disabilità che necessita di sostegno intensivo

# C H I E D E

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./ra , nat a il

/ / , C.F. \_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I (in*dicare il grado di parentela*): \_\_\_\_\_\_ persona con disabilità che necessita di sostegno intensivo, riconosciuta ai sensi dell'art.3 ed accertata ai sensi dell'art.4 della Legge sopra indicata.

## **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 sopra indicato è stato riconosciuto persona con disabilità che necessita di sostegno intensivo, ai sensi dell’art.3, comma 3, L.104/92 e s.m.i.;

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

che persona con disabilità 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 della persona con disabilità sopra indicata, 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.

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 \_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I grado di parentela/affinità con la persona con disabilità

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

Cognome Nome

nat a (Prov. ) il / / ,

Codice Fiscale \_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

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;

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, 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 che necessita di sostegno intensivo da assistere sono:

deceduti

mancanti

affetti da patologie invalidanti

hanno compiuto i 65 anni di età

## Allegati:

Certificato ASL competente, attestante la necessita di sostegno intensivo 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:

*Consapevole 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**

|  |  |
| --- | --- |
| Prot. n. del / /202 | SI AUTORIZZA  NON SI AUTORIZZA |
| **IL DIRIGENTE SCOLASTICO** |