

MODULO RICHIESTA PERMESSI

Legge n° 104/92

Cittanova, li _____

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "L. Chitti"
CITTANOVA

_____ 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./ra _____, 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 da _____, 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

1) Prot. n. _____ del ____/____/202__	<input type="checkbox"/> SI AUTORIZZA <input type="checkbox"/> NON SI AUTORIZZA
	IL DIRIGENTE SCOLASTICO <i>(Dott.ssa Maria Antonella Timpano)</i>

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "L. Chitt" CITTANOVA

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 _____ (RC) 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.

Cittanova, ____/____/202____

IN FEDE
