

MODULO RICHIESTA PERMESSI Legge 104/92
(per assistenza familiare)

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo di Prizzi
e Palazzo Adriano

OGGETTO: comunicazione della richiesta permessi ai sensi della L.104/92

Il/la sottoscritto/a _____

a _____ Prov.() il _____

In servizio presso _____ in qualità di ☐ Docente/☐ ATA

a tempo ☐ determinato/ ☐ indeterminato

CHIEDE

di beneficiare

☐ dei permessi previsti dall'art.33 comma 3

DICHIARA

sotto la **propria personale responsabilità** ai sensi degli art.46, 47 del DPR 445/2000

Consapevole che ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente TU è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

(barrare le caselle che interessano)

☐ Che presta assistenza nei confronti di _____

Nato/a a _____ prov. () il _____

Residente a _____ in Via _____

n. _____ che è in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato

☐ Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela _____

☐ che il sottoscritto è l'unico familiare che presta assistenza

☐ che il sottoscritto non è l'unico familiare che presta assistenza

☐ Che i seguenti familiari (fratelli – coniuge – altro) _____ assistono il familiare in modo continuativo.

☐ Che il familiare in stato di disabilità grave per il quale il sottoscritto 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 da parte del/della sottoscritto/a.

○ Che pur avendo un grado di parentela/affinità di **terzo grado** il familiare **non ha** genitori o coniuge che lo possano assistere perché:

- **mancanti**
- **affetti da patologie invalidanti (documentate)**
- **ultrasessantacinquenni**

A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità e adeguatezza. 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.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio*

**solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km*

allega:

- copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autenticata dello stesso
- certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° di parentela o affinità (ALLEGATO 1)
- dichiarazione degli altri familiari entro il secondo grado (o terzo nei casi previsti) che assistono il disabile (eventuale)
- copia del proprio documento di identità
- copia del documento di identità del familiare assistito

Data _____

In fede

**OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2025/26 DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON DISABILITÀ GRAVE –ART. 33 L. 104/1992**

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.

Il/La sottoscritt _____
nat _____ a _____ prov. (_____) il _____,
familiare con disabilità grave, con la presente comunica che il/la Sig. _____
affinità _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) , ha richiesto al
suo datore di lavoro 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 il/la Sig./ra _____ è l'unico referente
alla propria assistenza, alla quale si dedica in maniera e in forma continuativa e che il sottoscritto ha
con esso rapporto fiduciario in quanto il proprio coniuge e/o i genitori:

- sbarrare la casella che interessa

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

Si allega documento di identità del sottoscritto.

Data _____

IN FEDE
