

MODULO RICHIESTA PERMESSI Legge 104/92

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "R. Guttuso"
Villagrazia di Carini

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di DSGA - Assistente amministrativo - Collaboratore Scolastico - Docente a tempo indeterminato/determinato – altro personale, consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

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, quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare

Sig.\ra _____ nato 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, in originale o conforme, rilasciato dall'ASL n. _____ di _____ attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del su menzionato familiare.
2. Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva. *In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio. ALLEGATO 1*
3. Dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto **ALLEGATO 2**.
4. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno **ALLEGATO 3**
5. 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 **ALLEGATO 4**.
6. Cronoprogramma mensile fruizione permessi **ALLEGATO 5**

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 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

Data

IN FEDE

-
- SI AUTORIZZA
 NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico
Valeria La Paglia

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "R. Guttuso" Villagrazia di Carini

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

Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col richiedente e che il richiedente medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed informa esclusiva.

(In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio).

Il/La sottoscritt_____nato/a a_____prov. () il _____ familiare con disabilità grave, con la presente,

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il/la Sig./ra_____
(specificare la relazione di parentela o affinità), il\la quale ha richiesto di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104/92, è l'unico referente alla propria assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e continuativa e che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario.

Si allega documento di identità del sottoscritto.

IN FEDE

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "R. Guttuso" - Villagrazia di Carini

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

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DEL DISABILE GRAVE**

Il/La sottoscritto _____ nat. _____ a prov. () il _____

convivente

non convivente con il/la familiare disabile Sig./ra _____

_____ (specificare la relazione di parentela o affinità) il\la Sig.\ra per cui ha richiesto di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104/92,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, di non essere nelle condizioni di poter prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti motivi:

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Data

IN FEDE

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "R. Guttuso" Villagrazia di Carini

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

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a prov. () il _____
consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in
situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

DICHIARA

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 ed in via esclusiva da parte del/della sottoscritto/a.

Data

IN FEDE

ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "R. Guttuso" Villagrazia di Carini

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2025/26 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CONDISABILITÀ 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 mancati.

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 eDPR 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 esclusiva e 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 mancati

Si allega documento di identità del sottoscritto.

Data

IN FEDE