

**OGGETTO: Richiesta Benefici Legge 104/1992**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ docente o personale ATA in servizio presso questo Istituto con contratto  
a Tempo indeterminato/determinato

**CHIEDE**

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità
- disabile lavoratore richiedente i permessi

**DICHIARA**

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- che l'ASL - \_\_\_/\_\_\_ di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:  
Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ (data di adozione/affido) \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_, in Via/Piazza \_\_\_\_\_ come risulta dalla certificazione che si allega
- che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Dati del datore di lavoro (se lavoratore)

<sup>1</sup>Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).

- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap

**oppure**

- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore)
- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato  
**oppure**
- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane, non essendovi parenti e/o affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirle assistenza  
Distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap KM \_\_\_\_\_  
Tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap Ore \_\_\_\_\_

**Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado:**

- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
  - non è coniugato
  - è vedovo/a
  - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
  - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante
  - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto
  - è separato legalmente o divorziato
  - è coniugato ma in situazione di abbandono
  - ha uno o entrambi i genitori deceduti
  - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
  - ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante
- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata, non possono fornire assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza <b>(INDICARE: n°/lett. corrispondente ad una o più motivazioni sottoelencate)</b>

**Elenco delle motivazioni che, IN MODO ESCLUSIVO, impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata (individuate con deliberazione n. 32 del 7.3.2000 dell'INPS)**

- 1) Ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104/92, qualora nella famiglia del portatore di handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assistere l'handicappato sono individuabili al verificarsi delle seguenti ipotesi:
  - a) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le *pensioni di inabilità* o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate)
  - b) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le *pensioni di invalidità civile*, gli *assegni di invalidità INPS*, le *rendite INAIL*, e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai  $\frac{2}{3}$
  - c) età superiore ai 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta
  - d) età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente)

- e) infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero
- 2) Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario, anch'essi debitamente documentati, del familiare non lavoratore dovranno essere valutati dal medico della Sede INPS al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza
- 3) In caso di genitori entrambi lavoratori e di figlio minorenni handicappato grave, la presenza di familiari non lavoratori non pregiudica la possibilità, per uno dei due genitori, di fruire, secondo le condizioni previste, dei permessi per assistere tale figlio

**Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore**

- o di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:  
 tre giorni al mese  due ore al giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- o necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità
- o di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445

Il/ La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Meta, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegati:**

- Copia del verbale dell'apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992
- Fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave
- Dichiarazioni del disabile e/o dei parenti corredate da documenti di riconoscimento

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE DI MAGGIORE ETA'**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

in qualità di:  genitore  tutore  curatore  amministratore unico di sostegno

del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

**DICHIARA**

di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(in alternativa) di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento

di non essere ricoverato a tempo pieno

di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per se stesso

(in alternativa) di non prestare attività lavorativa

di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_

di voler essere assistito dal/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Meta, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allega alla presente dichiarazione:

- ✓ copia del documento di riconoscimento
- ✓ Copia del codice fiscale

**DICHIARAZIONE DEI PARENTI DEL SOGGETTO DISABILE**

documentata impossibilità del coniuge/parente di provvedere all'assistenza per motivi oggettivi ai sensi dell'art. 7 CCNI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

**DICHIARA**

- di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_
- di non potere assistere il proprio coniuge parente per i seguenti motivi oggettivi: \_\_\_\_\_

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

**N.B.**

*L'autodichiarazione rilasciata dagli altri figli non è necessaria laddove il figlio richiedente ha la precedenza in qualità di referente unico, sia anche l'unico figlio convivente con il genitore disabile. Tale situazione di convivenza deve essere documentata dall'interessato con dichiarazione personale sotto la propria responsabilità, redatta ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28.12.2000, n. 445, così come modificato ed integrato dall'art. 15, della legge 16 gennaio 2003, n. 3 e dall'art. 15 comma 1 della L. 183/2011*

Meta, \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allega alla presente dichiarazione:

- ✓ copia del documento di riconoscimento
- ✓ Copia del codice fiscale

**OGGETTO: Dichiarazione di Responsabilità inerente alla richiesta di fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/1992**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ docente o personale ATA in servizio presso questo Istituto con contratto a Tempo indeterminato/determinato, avendo inoltrato istanza relativa ai permessi di cui alla Legge 104/1992 e s.m.i., essendo stato posto a conoscenza degli artt. 75 e 765 del DPR 444/2000 e s.m.i relativi alle dichiarazioni mendaci e che lo stesso datore di lavoro può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

#### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di impegnarsi a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento, le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nel modello di richiesta, con particolare riferimento a:

- 1) eventuale ricovero a tempo pieno del soggetto disabile in condizione di gravità
- 2) revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione medica di cui all'articolo 4 comma 1 legge 104 del 1992 e successive modificazioni, integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1 del decreto legge n. 78 del 1° luglio 2009 convertito nella legge n. 102 del 3 agosto 2009
- 3) modifiche ai periodi di permesso richiesti
- 4) eventuale decesso del disabile

Meta, \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_