MODULO RICHIESTA BENEFICI Legge 104/92 (PERMESSI O CONGEDO BIENNALE)

(per assistenza familiare e per se stessi)

# Al Dirigente Scolastico

**dell’IC Matteo Ricci**

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

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

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Docente/ATA a tempo determinato/indeterminato

**C H I E D E**

Di beneficiare

□ dei permessi previsti dall’art.33 comma 3 per se stesso

□ dei permessi previsti dall’art.33 comma 3 per assistenza ad un familiare

□ del congedo biennale dal \_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_ per se stesso

□ del congedo biennale dal \_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_ per assistenza ad un familiare

**DICHIARA**

Sotto la **propria personale responsabilità** ai sensi degli art.46,47 del DPR 445/2000 e **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
* ovvero che usufruiranno dei benefici legati alla L. 104/92 per l’a.s 2024/25 anche i seguenti familiari (fratelli – coniuge – altro) di seguito indicati:
	+ *NOME COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV*\_\_\_\_
*TIPO DI PARENTELA*\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 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**

Dichiara inoltre 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:

* a 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 (circolare Dipartimento Funzione Pubblica n.13/2010)

Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno:

* a 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

 allega:

* copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia conforme
* certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante **in caso di deroga al 3° di parentela o affinità** per la fruzione dei permessi in termini dei 3 gg mensili previsti o **nei casi previsti per la richiesta del congedo straordinario** sopra riportati(\*)
* dichiarazione soggetto disabile (*modello dichiarazione soggetto disabile*) (\*)
* dichiarazione di fruizione da parte **degli altri familiari entro il secondo grado** (o terzo nei casi previsti) che assistono il disabile indicando i dati anagrafici del fruitore e dell’assistito, il grado di parentela e l’anagrafica della società o ente dove lavora (\*)
* copia del proprio documento di identità
* copia del documento di identità del familiare assistito (\*)

(\*) da presentare in aggiunta alla copia del verbale della Commissione Medica e del proprio documento di identità nel caso di assistenza ad un familiare

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 In fede

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

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

* SI AUTORIZZA
* NON SI AUTORIZZA

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**