



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE " LORENZO BARTOLINI"

59021 VAIANO (PO) Via Nuova per Schignano, 25 – Tel. 0574/989608-989120

C.F. 84032680484 - Codice Meccanografico POIC80700G

Email: poic80700g@istruzione.it P.E.C.: poic80700g@pec.istruzione.it

Sito Istituto: <http://www.comprensivovaiano.gov.it/>

oooooooooooooooooooo

	Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92 (per: - genitori - coniuge – parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)
--	---

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a _____, nat__ a _____
il _____, residente a _____
in _____, in servizio presso _____
in qualità di docente a tempo indeterminato /determinato,

CHIEDE

Di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92¹ nelle seguenti giornate

per poter assistere:

Cognome e nome _____ rapporto di parentela _____
C.F. _____ residente in _____
riconosciuto disabile in situazione di gravità in data _____

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- il soggetto in stato di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

¹ Art. 33 comma 3 della L. n. 104/1992 come sostituito dal D.Lgs. n. 105/2022: il lavoratore dipendente, pubblico o privato, ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa, per assistere una persona con disabilità in situazione di gravità, che non sia ricoverata a tempo pieno, rispetto alla quale il lavoratore sia coniuge, parte di un'unione civile ai sensi dell'articolo 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76, convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36, della medesima legge, parente o affine entro il secondo grado. In caso di mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età, il diritto è riconosciuto a parenti o affini entro il terzo grado della persona con disabilità in situazione di gravità. Fermo restando il limite complessivo di tre giorni, per l'assistenza allo stesso individuo con disabilità in situazione di gravità, il diritto può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti tra quelli sopra elencati, che possono fruire in via alternativa tra loro.

- i permessi sono richiesti in:

- forma esclusiva
- in alternativa con _____(indicare nome, cognome, codice fiscale e datore lavoro)

la persona in situazione di handicap grave da assistere risiede in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del sottoscritto che quindi si impegna ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito

- 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).

(solo in caso di permessi richiesti per assistere familiari di 3° grado)

- dichiara che i genitori o il coniuge o la parte di un'unione civile o il convivente di fatto della persona con disabilità in situazione di gravità da assistere sono:

- deceduti
- mancanti
- affetti da patologie invalidanti
- hanno compiuto i sessantacinque anni di età

Si allega:

_ copia certificato ASL competente, attestante lo stato di “handicap grave” in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (se non ancora consegnato),

_ ulteriore documentazione o dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000 a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda

Firma del richiedente _____

VISTO: SI CONCEDE / NON SI CONCEDE
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Alessandra Salvati