

RICHIESTA BENEFICIO PERMESSI RETRIBUITI EX LEGGE 104/92

Al Dirigente Scolastico  
I.C. di Piedimonte San Germano

Al Dirigente Scolastico  
I.C. di Piedimonte San Germano

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

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

residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in servizio presso l'I.C. Piedimonte San Germano in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza a:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

riconosciuto/a invalido/a, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'A.S.L./INPS., che si allega.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R.

28/12/2000, N° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

I PERMESSI SARANNO USUFRUITI CONGIUNTAMENTE CON:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov.( ) Residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Lavoratore nel settore:  PRIVATO  DIPENDENTE PUBBLICO

Presso: \_\_\_\_\_

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE: \_\_\_\_\_

- Che la persona con handicap grave da assistere non è ricoverata presso strutture sanitarie, assistenziali o altro;
- che non vi sono altri parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possano fornire assistenza alla persona sopra indicata;
- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, non possono fornire assistenza alla persona sopra indicata, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ non può fornire assistenza perché <sup>1</sup> \_\_\_\_\_;

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ non può fornire assistenza perché <sup>2</sup> \_\_\_\_\_;

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ non può fornire assistenza perché <sup>3</sup> \_\_\_\_\_;

Di essere:

a) genitore b) coniuge c) figlio d) parente o l'affine entro il 2° grado \_\_\_\_\_

Di essere:

(specificare parentela/affinità)

(specificare parentela/affinità)

parente-affine di 3° grado \_\_\_\_\_

(specificare grado di parentela/affinità)

del/della sig./ra \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata alla fine di questo modello di autocertificazione.

<sup>2</sup> Vedi nota n° 2;

<sup>3</sup> Vedi nota n° 2;

Allegati:

- copia del verbale della 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 della persona in situazione di disabilità grave;
- dichiarazione (\*) di disabilità grave;

(\*)

DEL SOGGETTO DISABILE

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt

\_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - 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

DICHIARA

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

- 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 104/92 per se stesso;

- di non prestare attività lavorativa;

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

- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata:

1. E' stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
2. E' affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
3. E' di età inferiore a 18 anni;
4. E' Studente/Studentessa;
5. E' ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
6. E' di età superiore a 70 anni unita ad invalidità;
7. E' infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
8. E' privo/a di patente di guida qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica);
9. Risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva;
10. Altro (specificare)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI, A SEGUITO DEL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

Note per il richiedente di permesso per assistenza a parente  
od affine portatore di handicap - Legge 104/1992

- L'handicap in situazione di gravità deve essere certificato dalla competente Commissione ASL., oppure dal Medico Specialista ASL, in questo caso la certificazione ha validità per 6 mesi) o, per i portatori di sindrome di Down, dal proprio medico di base, con certificato rilasciato su presentazione del "cariotipo" da allegare.
- In caso di convivenza col soggetto portatore di handicap:
  - a) se il richiedente è genitore del portatore di handicap (minorenne o maggiorenne), i permessi spettano anche se in famiglia sono presenti altri soggetti non lavoratori, compreso l'altro genitore;
  - b) se il richiedente è familiare del portatore di handicap, deve essere dimostrata l'impossibilità per altri familiari maggiorenni conviventi, non lavoratori o non studenti, di prestare assistenza (es. grave malattia, inabilità al lavoro, età superiore ai 70 anni unita ad invalidità, ecc.).
- In caso di non convivenza col soggetto portatore di handicap (anche nel caso di richiesta per figlio maggiorenne portatore di handicap), i permessi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata in via esclusiva e continuativa:
  - a) La continuità consiste nell'effettiva assistenza al soggetto handicappato per le sue necessità quotidiane e si configura "se in tempi individuabili in circa un'ora è possibile coprire la distanza tra le due abitazioni "salvo" rigorosa prova" ("possono essere riconosciuti i permessi giornalieri nelle -sole- giornate in cui il richiedente dimostra di aver accompagnato l'handicappato all'effettuazione di visite mediche, accertamenti o simili");
  - b) L'esclusività dell'assistenza non è individuabile se nel nucleo familiare del portatore di handicap sono presenti familiari maggiorenni (compresi i genitori) non lavoratori in grado di assisterlo o lavoratori che beneficiano dei permessi per lo stesso motivo. L'impossibilità per un familiare non lavoratore di assistere la persona handicappata si configura solo nei seguenti casi: riconoscimento da parte dell'INPS o di altro Ente pubblico di pensioni di inabilità per incapacità al lavoro pari al 100% o per infermità superiore ai 2/3; età superiore a 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta; età inferiore a 18 anni, anche nel caso in cui non sia studente; infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero; presenza in famiglia di più di 3 minorenni o di 1 minore di anni 6; gravi motivi di carattere sanitario, debitamente documentati).
- I permessi non fruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi.
- In caso di part-time verticale le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte.
- In caso di portatore di handicap lavoratore che fruisce dei permessi Legge 104/1992, il familiare potrà fruire dei permessi solo nelle stesse giornate, con frazionamento in 6 mezze giornate nel caso in cui il portatore fruisca dei permessi ad ore.
- Il richiedente deve comunicare al Dirigente Scolastico le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile per l'organizzazione del servizio alternativo; per limitare la negativa ricaduta sugli alunni e sui colleghi, il personale docente è invitato a far sì che l'assenza non si verifichi sempre nelle stesse ore di lezione.