

# **RICHIESTA PERMESSI LEGGE 104/92**

**Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. Nichelino III**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_ in

servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di

- ☐ Docente a tempo indeterminato/determinato
- ☐ Assistente amministrativo
- ☐ Collaboratore Scolastico
- ☐ DSGA
- ☐ Altro personale (specificare) \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/1992 art. 33 e successive modifiche in qualità di:

- Disabile lavoratore richiedente i permessi
- Familiare della persona disabile in situazione di gravità

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

- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
  - ☐ tre giorni al mese
  - ☐ due ore al giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Solo per il familiare della persona disabile in situazione di gravità:

- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
  - ☐ tre giorni al mese

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (artt. 46, 47 DPR n. 445/2000)**

Il dichiarante, è consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa, inoltre, qualora dai controlli previsti dall'articolo 71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell'articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti.

### **DICHIARA:**

- a. che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3 co. 3 della Legge 104/1992 dell'assistito  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Via/Piazza  
\_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_<sup>1</sup>
- b. che il sottoscritto ha con il su menzionato assistito il seguente rapporto di parentela:
- ☐ Genitore
  - ☐ Figlio/a

<sup>1</sup> Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri dal luogo di residenza del familiare assistito, deve attestare l'assistenza con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea.

- Coniuge
- Convivente
- Altro parente o affine entro il II grado (specificare) \_\_\_\_\_
- Altro parente o affine entro il III grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (specificare cognome e nome, e la specifica condizione di cui sopra):

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza

- Altra condizione prevista dalle norme (specificare) \_\_\_\_\_

c. Dichiaro inoltre:

- 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 essendoci parenti o affini entro il terzo grado conviventi con la persona sopraindicata e non lavoratori che possano fornirLe assistenza

d. Dichiaro che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità:

- 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 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 genitori affetti da patologia invalidante;

e. Dichiaro inoltre che il familiare disabile:

- non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- è ricoverato presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ;
- il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
- il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate;
- il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare;
-

f. Dichiarare inoltre che:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave  
*oppure*
- altro familiare beneficia, alternativamente con il sottoscritto e sempre entro il limite massimo dei tre giorni mensili complessivi, dei permessi suddetti per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave (Specificare)  
Cognome e Nome \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ lavoratore presso \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_  
*oppure*
- In caso di assistenza a figlio/a, il sottoscritto dichiara che l'altro genitore (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ lavoratore presso \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_
  - non usufruisce del medesimo beneficio  
*oppure*
  - usufruisce del medesimo beneficio, alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori <sup>2</sup>

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. copia con dati OMISSIS del verbale definitivo/provvisorio della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito);
2. nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
3. fotocopia documento di identità in corso di validità dell'assistito e del richiedente.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che il cumulo di più permessi in capo allo stesso lavoratore è ammissibile solo a condizione che il familiare da assistere sia il coniuge o un parente o un affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora uno dei genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni o siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/La sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile \_\_\_\_\_ dichiara di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza nei periodi dichiarati.

Il/La sottoscritto/a si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita delle agevolazioni.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dall'Istituto Comprensivo Nichelino III esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e GDPR 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni.

**I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi.** I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni Pubbliche qualora vengano richiesti per il trattamento di procedimenti di propria competenza.

---

<sup>2</sup> Si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante, decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Data

Firma

---

---

---

**Vista** l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata

○ **SI AUTORIZZA**

La fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/1992, art 33 e successive modifiche ed integrazioni

**Il Dirigente Scolastico**  
**Dott.ssa Francesca MIGLIORERO**  
firmato digitalmente

○ **NON SI AUTORIZZA**

La fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/1992, art 33 e successive modifiche ed integrazioni.

**Motivi di eventuale diniego:**

---

---

---

---

---

**Il Dirigente Scolastico**  
**Dott.ssa Francesca MIGLIORERO**  
firmato digitalmente