

## RICHIESTA BENEFICI L. 104

Al Dirigente Scolastico  
dell'8° IIS "M.F. Quintiliano"  
SIRACUSA (SR)

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

\_ in servizio presso questo Istituto in qualità di

Docente  Assistente Amministrativo  Assistente Tecnico  Collaboratore Scolastico  
a tempo  indeterminato  determinato

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

### CHIEDE

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare Sig.\ra \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_.\_\_.\_\_\_\_, indicare il grado di parentela: \_\_\_\_\_ persona disabile in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art.3 ed accertata ai sensi dell'art.4 della Legge sopra indicata.

Allega alla presente:

1. Certificato, in originale o copia conforme, rilasciato dall'ASL n. \_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
2. Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva. *In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio. **ALLEGATO 1.***
3. Dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto. **ALLEGATO 2** (una copia per ogni familiare dichiarante).
4. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno. **ALLEGATO 3.**
5. Dichiarazione che il coniuge e\o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età, oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti. **ALLEGATO 4.**

*(Le dichiarazioni da compilare di cui ai punti 2,3, 4 e 5 sono allegare alla presente)*

A tal fine dichiara che    sottoscritt    è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed 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 di 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. Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

Siracusa , \_\_\_\_\_

IN FEDE  
\_\_\_\_\_

## ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico  
dell'8° IIS "M.F. Quintiliano"  
SIRACUSA (SR)

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 20 /20 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104/1992- PARENTI E AFFINI 1°, 2° e 3° GRADO DI PARENTELA .

Dichiarazione del familiare, attestante il rapporto fiduciario col richiedente e che il richiedente medesimo è l'unico referente della sua assistenza, alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva.

*In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio.*

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, familiare  
con disabilità grave con la presente

### DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il/la Sig./ra  
\_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità),  
il/la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104/92, è l'unico referente alla propria assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario.

Si allega documento di identità del sottoscritto.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico  
dell'8° IIS "M.F. Quintiliano"  
SIRACUSA (SR)

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 20 /20 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992- PARENTI E AFFINI 1°, 2° e 3° GRADO DI PARENTELA .

### DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE GRAVE

(produrre una copia per ogni componente)

l \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

convivente

non convivente

con il/la familiare disabile Sig./ra \_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, per cui il/la

Sig./ra \_\_\_\_\_ ha richiesto al suo datore di lavoro di

usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104/92, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

#### ***DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'***

di non essere nelle condizioni di poter prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_ e pertanto

di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Si allega copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità:

(Tipo di documento – autorità che lo rilascia – numero – data di scadenza)

[ ] Allega la seguente documentazione giustificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 3**

Al Dirigente Scolastico  
dell'8° IIS "M.F. Quintiliano"  
SIRACUSA (SR)

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 20 /20 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992- PARENTI E AFFINI 1°, 2° e 3° GRADO DI PARENTELA .

**DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO**

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente ed inoltre che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

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 ed in via esclusiva dal parte del/della sottoscritto/a.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico  
dell'8° IIS "M.F. Quintiliano"  
SIRACUSA (SR)

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 20 /20 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992- PARENTI E AFFINI 3° GRADO DI PARENTELA .

Dichiarazione che il coniuge e\o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

*In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio.*

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_,

familiare con disabilità grave, con riferimento al \_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità)

\_\_\_\_\_ che richiede di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104/92, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ è l'unico referente alla propria assistenza, alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso rapporto fiduciario in quanto il proprio coniuge e\o i genitori:

*sbarrare la casella che interessa*

- hanno superato i 65 anni di età
- sono affetti da patologie invalidanti
- sono deceduti
- sono mancanti

Si allega documento di identità in corso di validità del sottoscritto.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

IN FEDE  
\_\_\_\_\_