

# MODULO RICHIESTA FRUIZIONE BENEFICI Legge 104/92 (PERMESSI)

(per assistenza familiare e per sè stessi)

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC MARTA RUSSO

**OGGETTO: Domanda per usufruire dei benefici previsti dalla legge 104/92 per lavoratori, coniugi, parenti o affini entro il 3° grado di persona in condizione di disabilità con necessità di sostegno**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso l'IC MARTA RUSSO in qualità di Docente/ATA a tempo determinato/indeterminato in regime di lavoro a tempo pieno/tempo parziale residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_, e domiciliato in (da indicare se diverso dalla residenza) Via \_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

Di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3 della legge 104/92, consistenti in 3 giornate di permesso retribuito al mese o in numero riproporzionato in funzione del regime di lavoro di cui sopra parametrato al normale orario di lavoro in regime completo di servizio:

a titolo personale

per assistenza nei confronti del/della sig./ra \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (nel caso in cui il familiare non sia convivente indicare la distanza chilometrica tra le due abitazioni: Km \_\_\_\_\_). Qualora il familiare da assistere non sia convivente e la distanza tra le due abitazioni sia superiore a 150 Km il lavoratore, che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere la persona in condizione di disabilità con necessità di sostegno, deve attestare con titolo di viaggio o altra documentazione idonea il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

## PRODUCE

a tal fine il relativo certificato medico rilasciato dall'ASL territorialmente competente che attesta la condizione di disabilità con necessità di sostegno, ai sensi dell'art.3, comma 3, Legge 104/1992 propria o del familiare da assistere.

Il campo sottostante dovrà essere compilato soltanto in caso di fruizione dei benefici della Legge 104/92 per assistenza ad un familiare in condizione di disabilità.

## 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 la persona assistita, in condizione di disabilità con necessità di sostegno, non è ricoverata a tempo pieno presso alcuna struttura specializzata e di essere coniuge, parte di un'unione civile ai sensi dell'art.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;

oppure

- che la persona da assistere, non ricoverata a tempo pieno presso alcuna struttura specializzata, è un parente di terzo grado privo di genitori o del coniuge o di parte di un'unione civile o del convivente di fatto perché:
  - mancanti;
  - affetti da patologie invalidanti **documentate (\*)**;
  - ultrasessantacinquenni.

## DICHIARA ALTRESI'

- di prestare assistenza **in via esclusiva e continuativa**, in quanto unico familiare che presta assistenza;

oppure

- di prestare assistenza **in via alternativa** con il/i familiare/i \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_, fermo restando il limite di 3 giorni mensili.

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);
- a comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione, per la migliore organizzazione lavorativa.

allega:

- copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia conforme da cui risulti la condizione di disabilità con necessità di sostegno ex art. 3, comma 3, della L. 104/1992 propria o del familiare da assistere;
- dichiarazione soggetto disabile sottoscritta dal familiare da assistere contenente la manifestazione di volontà di volersi fare assistere dal richiedente il permesso con allegata la copia di un valido documento di riconoscimento (*modello dichiarazione soggetto disabile*);
- dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti lo status di referente unico o di condivisione della fruizione dei permessi con altro familiare, per l'assistenza al familiare in condizione di disabilità;
- dichiarazione, eventuale, da parte **degli altri familiari entro il secondo grado** (o terzo nei casi previsti) che fruiscono alternativamente dei giorni di permesso, indicando dettagliatamente i dati anagrafici del fruitore, il grado di parentela e contatti del datore di lavoro di ciascuno;
- dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti che il familiare da assistere non sia ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere pubbliche o private che ne assicurino l'assistenza sanitaria
- (\*)**PATOLOGIE INVALIDANTI** - L'art. 2 del d.i. del 21 luglio 2000 n. 278 individua le seguenti patologie invalidanti:

*“1) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo, o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario.”* La documentazione medica attestante le predette patologie può essere certificata dal medico specialista del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico **e va allegata alla presente domanda presentandola in busta chiusa all'ufficio di segreteria del personale. Si fa inoltre presente che il certificato medico deve riportare la dicitura: “la patologia di cui è affetto il Sig. XXX è da ritenersi compresa fra quelle indicate nell'art. 2, comma 1, lettera d), numeri 1, 2 e 3 del Decreto Interministeriale n. 278 del 21 luglio 2000”**. **Non è l'amministrazione che deve conoscere e associare la patologia alle disposizioni normative, ma è il medico che deve attestare con chiarezza la specifica condizione del soggetto e la relativa patologia**

Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

- SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA

Roma, \_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

\_\_\_\_\_