

OGGETTO: Richiesta fruizione permessi ai sensi della L.104/92

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
Prov. (____) il _____ In
servizio presso _____ in qualità di Docente/ATA a tempo
determinato/indeterminato, in servizio al plesso _____

CHIEDE

Di beneficiare

- ☐ dei permessi previsti dall'art.33 comma 3 L. 104/92
- ☐ del congedo biennale dal _____ al _____

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 presta assistenza nei confronti di _____ Nato/a a _____ prov. (____) il _____ Residente a _____ in Via _____ n. _____ che è in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato
- ☐ Che il familiare a cui presta assistenza è convivente con il/la sottoscritto/a
- ☐ Di non essere essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, che è residente nel comune di _____ via _____, distanza chilometrica tra le due abitazioni Km _____ *
- ☐ Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela _____
- ☐ Che il sottoscritto è l'unico familiare che presta assistenza
- ☐ Che nessuno dei familiari aventi diritto assiste la persona in situazione di handicap grave in modo continuativo
- ☐ Che l'altro familiare avente diritto, dipendente beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizioni di handicap grave alternativamente con il/la sottoscritto/a, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i familiari aventi diritto
- ☐ Che, pur avendo un grado di parentela/affinità di **terzo grado** il familiare **non ha** genitori o coniuge che lo possano assistere perché:
 - **mancanti**
 - **affetti da patologie invalidanti (documentate)**
 - **ultrasessantacinquenni**

- ☐ Che la commissione medica non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni e si impegna nel caso della presenza di più soggetti aventi diritto a fruire alternativamente nel limite dei 3 gg mensili di permesso.

In attesa di **accoglimento** della richiesta di cui sopra allega:

- copia del verbale della Commissione Medica INPS oppure copia autenticata dello stesso

Data _____

In fede

*La normativa (art. 6 del d.lgs. n. 119 del 2011, che ha modificato l'[art. 33 della legge 104](#)) stabilisce che, in caso di **assistenza fuori dalla Regione**, se il **disabile grave** è **residente in un Comune a più di 150 chilometri di distanza** da quello di residenza del dipendente, il **lavoratore** beneficiario dei permessi 104 ha un adempimento ulteriore da rispettare: egli dovrà presentare la **documentazione** attestante la presenza presso la residenza del disabile per assistere il familiare in situazione di disabilità (es. titolo di viaggio, attestazione di accompagnamento presso struttura sanitari, etc...).