

**ISTANZA PER USUFRUIRE DEI BENEFICI PER ASSISTENZA AI FAMILIARI IN
SITUAZIONE DI GRAVITA'**

Al Dirigente Scolastico
VI C.D. "GIRONDI"
BARLETTA

Il/la sottoscritto/a (*nome e cognome*) _____
Nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
Residente a _____ (_____) via _____ n. _____
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di:

☐ docente ☐ assistente amministrativo ☐ collaboratore scolastico

A ☐ tempo indeterminato - ☐ determinato

in servizio presso la scuola _____

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

ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso
retribuito di 3 giorni mensili per l'assistenza del proprio familiare

Cognome e nome _____ parentela _____

Data e luogo di nascita _____

Residente a _____ (_____) via _____ N. _____

C.F. _____

persona disabile in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art.3 ed accertata ai sensi dell'art.4 della
Legge sopra indicata.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai
sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali
in materia, dichiara che:

- ☐ il proprio familiare è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione
(art. 4, c.1. L. 104/92) di _____;
- ☐ l'accertamento dell'handicap è IRRIDIBILE / RIVEDIBILE _____;
- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura
pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010)
(Allegato 3);
- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in
situazione di gravità (Allegato 2);
- ☐ non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato;
- ☐ di essere il **REFERENTE UNICO** quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al
disabile (requisito non richiesto solo per l'assistenza prestata dai genitori ai figli) e nessun'altro
soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;
- ☐ di non essere **REFERENTE UNICO**, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di
assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:

NOME _____ COGNOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA _____

IN SERVIZIO PRESSO _____

TEL. _____ MAIL _____

- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno — morale oltre che giuridico — a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

Allega alla presente:

- 1) certificato, in originale o conforme, rilasciato dall'AST, 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);
- 4) dichiarazione di non 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);
- 6) Altra documentazione utile _____

A tal fine dichiara che il sottoscritto 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.

Data e luogo _____

IN FIDEL

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA
(Circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ prov. di _____

residente a _____ in Via _____ n° _____

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità;

DICHIARA

- che è 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;
- che è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);
- che è consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi, ai sensi del D.Lgs 105/2022, può essere riconosciuto al sottoscritto/a e/o, alternativamente, ad altro/i soggetto/i previsto/i dalla legge, per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra i beneficiari.

Barletta, _____

Il dichiarante

Al Dirigente Scolastico
VI C.D. "R. GIRONDI"
BARLETTA

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 202 \2 DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992

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/La 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.

Data e luogo _____

IN FEDE

Al Dirigente Scolastico
VI C.D. "R. GIRONDI"
BARLETTA

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 202 \2 DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992

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

Il/La sottoscritt _____ nat ____ a

_____ prov. (_____) il _____

- ☐ 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,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ'

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, 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.

_____ li, _____

Firma

Allegare copia documento d'identità

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico
VI C.D. "R. GIRONDI"
BARLETTA

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\ 1992

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

Il/La 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,

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 da parte del/della sottoscritto/a.

_____ li, _____

IN FEDE

Al Dirigente Scolastico
VI C.D. "R. GIRONDI"
BARLETTA

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 202 \2 DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992

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.

Il/la sottoscritt _____, nato/a _____

Prov. () il _____, familiare con disabilità grave, con la presente comunica che il/la Sig. _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____, ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92, ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR 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 del sottoscritto.

_____ li, _____

IN FEDE