

MODELLO DI RICHIESTA PERMESSI L. 104/1992

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale _____

in servizio presso codesta Scuola/Ente/Azienda in qualità di _____

CHIEDE

alla S.V. di poter fruire dei permessi retribuiti previsti dall'art. 33, comma 3 (o comma 6 per lavoratore con disabilità), della Legge n. 104/1992 e s.m.i., per assistere il/la Sig./ra:

Nome e Cognome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ Via/Piazza _____

con cui sussiste il seguente vincolo di parentela/affinità/unione civile/convivenza:

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA CHE:

1. Il soggetto con disabilità grave sopra indicato **non è ricoverato a tempo pieno** presso strutture specializzate (salvo le eccezioni previste dalla normativa vigente, es. necessità di assistenza specialistica/esami/visite esterne o stato vegetativo/fase terminale).
2. *(Compilare solo in caso di fruizione disgiunta/alternata con altri familiari)*

I permessi saranno fruiti alternativamente/disgiuntamente con il/la Sig./ra _____, C.F. _____, legato/a allo stesso soggetto disabile da rapporto di _____, fermo restando il limite massimo complessivo di fruizione mensile previsto dalla legge per il soggetto assistito.

3. Con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui sopra sussiste un rapporto di:
- ☐ Coniuge / Parte dell'unione civile / Convivente di fatto;

 - ☐ Parentela / Affinità entro il 2° grado;

 - ☐ Parentela / Affinità di 3° grado, in quanto i genitori, il coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto del soggetto con disabilità grave si trovano in una delle seguenti condizioni: mancanti, deceduti, affetti da patologie invalidanti o con età superiore a 65 anni.

SI IMPEGNA A:

- Utilizzare i permessi esclusivamente per prestare assistenza al soggetto con disabilità grave;

- Comunicare tempestivamente all'Amministrazione/Datore di lavoro ogni variazione della situazione di fatto e di diritto che comporti la perdita della legittimazione alle agevolazioni (es. decesso, revoca/modifica del riconoscimento di gravità, ricovero a tempo pieno) entro e non oltre 30 giorni.

SI ALLEGA ALLA PRESENTE:

1. Copia del verbale della Commissione Medica Integrata (ASL/INPS) ai sensi dell'art. 4, comma 1, L. 104/1992 e art. 20, D.L. 78/2009, attestante lo stato di disabilità grave di cui all'art. 3, comma 3, L. 104/1992.

2. *(In alternativa, per patologie oncologiche):* Certificazione provvisoria rilasciata dal medico specialista della struttura pubblica o convenzionata (ai sensi della normativa vigente).

3. Dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà attestante la parentela, convivenza o unione civile con la persona da assistere.

4. *(Ove necessario):* Eventuale documentazione per la giustificazione di parentela di 3° grado o altre condizioni di deroga.

Data ____/____/____

Firma del dipendente _____

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

☐ Si autorizza

☐ Non si autorizza per le seguenti motivazioni: _____

Data ____/____/____

Firma _____