

RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il
_____ Codice Fiscale _____ residente in _____ via
_____ Cap _____ in servizio presso codesto
istituto scolastico in qualità di

Docente a tempo determinato a tempo indeterminato
 INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA

Classe di concorso _____

ATA a tempo determinato a tempo indeterminato

Profilo **ATA** _____

CHIEDE

Il riconoscimento del diritto a poter fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e ss.mm. ii per l'assistenza al proprio familiare disabile **in situazione di gravità**.

A tal fine, il/la dichiarante, è consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa, inoltre, qualora dai controlli previsti dall'articolo 71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell'articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti, a tal fine

DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ nato il _____ a _____

Prov. _____, residente in _____, prov. _____ **(1)**

avente con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela:

- Genitore
- Figlio/a
- Coniuge
- Convivente
- Altro parente o affine entro il **II grado** (specificare) _____
- Altro parente o affine entro il **III grado** (specificare) _____
- Altra condizione prevista dalle norme (specificare) _____
- e che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità:
 - non è coniugato;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti;
 - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;

RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

- ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

In caso di assistenza a figlio/a, il sottoscritto dichiara che l'altro genitore _____
_____, nato/a a _____ il _____ codice fiscale
_____ lavoratore presso _____
_____ con sede in _____

- usufruisce del medesimo beneficio **non** usufruisce del medesimo beneficio

Il sottoscritto dichiara inoltre che:

- il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
- specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate;
- ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare;
- ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine;
- il familiare disabile è parente o affine di terzo grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra:

la famiglia anagrafica della persona disabile grave per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(Se lavoratore) Dati del datore di lavoro

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave.

In alternativa:

RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

- altri familiari beneficiano dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave ai sensi del **D.Lgs. n. 105/2023**. Indicare quali:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(Se lavoratore) Dati del datore di lavoro Sede e indirizzo

Allega a tal fine la seguente documentazione:

- copia del verbale definitivo/provisorio della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito);
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
- fotocopia documento di identità in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a, che fruisce già di permessi di cui alla L. 104/1992 e ss.mm.ii per il seguente familiare disabile _____, dichiara di essere a conoscenza che il cumulo di più permessi in capo allo stesso lavoratore è ammissibile solo a condizione che il familiare da assistere sia il coniuge o un parente o un affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora uno dei genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni o siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/la sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile _____ dichiara di essere 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 nei periodi dichiarati.

Il/la sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile _____ solo in caso di assistenza alternata ai sensi del D.lgs. n. 105/2023 il lavoratore fornirà di volta in volta alla scuola un'autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale si dichiarerà che nella stessa giornata non vi siano state due persone lavoratori che abbiano fruito dello stesso giorno di permesso per lo stesso disabile.

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati

RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

dall'istituto scolastico "Michelangelo" esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni.

I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi.

I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni Pubbliche qualora vengano richiesti per il trattamento di procedimenti di propria competenza.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante, decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

_____li_____

Firma

- (1)** il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri dal luogo di residenza del familiare assistito, deve attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

ALLEGATO A

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat _____

a _____ prov. (_____) il _____,

residente a _____ prov. _____

Via _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

D I C H I A R A

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____
_____;
- (*in alternativa*) di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per sé stesso;
- (*in alternativa*) di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente sig./a _____
_____ in quanto _____
_____;

- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____
_____ nata a _____ prov. _____
_____ il _____ C.F. _____
e residente in _____

In alternativa

- di voler essere assistito dal/la sig./ra _____
_____ nata a _____ prov. _____
_____ il _____ C.F. _____
e residente in _____
- di voler essere assistito dal/la sig./ra _____
_____ nata a _____ prov. _____
_____ il _____ C.F. _____ e residente in _____

_____ li _____

Firma
