RICHIESTA DI ACCESSO AI BENEFICI LEGGE N° 104/92
Modulistica aggiornata al D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105

Roma, lì _____

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico Statale "G. Keplero"
Roma

_____ sottoscritt _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di

☐ **DSGA** ☐ **Assist. amministrativo** ☐ **Assist. tecnico** ☐ **Collaboratore Scolastico**

☐ **Docente** a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

C H I E D E

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992 **e dell'art. 3, comma 1, lett. *B2)* del D.Lgs. n. 105/2022**, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale referente per l'assistenza del proprio familiare Sig.\ra_____ nata/o a _____ il _____ (indicare di seguito il grado di parentela: _____), persona disabile in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art.3 ed accertata ai sensi dell'art.4 della Legge sopra indicata.

Allega alla presente:

1. Certificato, in originale o conforme, rilasciato dall'ASL n.____ di _____ attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
2. Dichiarazione **del familiare** attestante il diritto del richiedente a fruire dei permessi ex Legge n. 104/92 in conformità di quanto previsto dall'art. 3, comma 1, lett. B2) del D.Lgs. n. 105/2022. **ALLEGATO 1.**
3. Dichiarazione **del familiare** che il coniuge e\o i genitori abbiano compiuto i 65 anni di età, oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti. **ALLEGATO 2.**
4. Dichiarazione **del richiedente** di assenza di ricovero del familiare a tempo pieno. **ALLEGATO 3.**

A tal fine dichiara di essere in grado di assolvere in modo adeguato i compiti propri dell'assistenza e **si impegna a fruire dei permessi in via alternativa con gli eventuali altri fruitori, non superando il limite complessivo dei permessi mensili stabilito dalla normativa vigente**.

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. Comunicherà, ove possibile, con congruo preavviso, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, le richieste di permesso delle quali intende fruire.

Luogo e data _____ IN FEDE

_____

	☐ SI AUTORIZZA ☐ NON SI AUTORIZZA IL DIRIGENTE SCOLASTICO (Prof. Roberto Toro)

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico Statale "G. Keplero"
Roma

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992 - art. 3, comma 1, lett. *B2)* del D.Lgs. n. 105/2022

Dichiarazione attestante il diritto del richiedente a fruire dei permessi ex Legge n. 104/92 e i nominativi e rispettivi gradi di parentela di altri eventuali fruitori dei permessi.

La firma della presente dichiarazione deve essere apposta dalla persona assistita. 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 e necessitante di assistenza ai sensi della L. 104/92, 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 referente alla propria assistenza** in conformità di quanto previsto dall'art. 3, comma 1, lett. B2) del D.Lgs. n. 105/2022, di seguito riportato in estratto:

«*2) il comma 3 e' sostituito dal seguente: «3. Il lavoratore dipendente, pubblico o privato, ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa, per assistere una persona con disabilita' in situazione di gravita', che non sia ricoverata a tempo pieno, rispetto alla quale il lavoratore sia coniuge, parte di un'unione civile ai sensi dell'articolo 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. In caso di mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di eta', il diritto e' riconosciuto a parenti o affini entro il terzo grado della persona con disabilita' in situazione di gravita'. Fermo restando il limite complessivo di tre giorni, per l'assistenza allo stesso individuo con disabilita' in situazione di gravita', il diritto puo' essere riconosciuto, su richiesta, a piu' soggetti tra quelli sopra elencati, che possono fruirne in via alternativa tra loro. Il lavoratore ha diritto di prestare assistenza nei confronti di piu' persone con disabilita' in situazione di gravita', a condizione che si tratti del coniuge o della parte di un'unione civile di cui all'articolo 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76, o del convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36, della medesima legge o di un parente o affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con disabilita' in situazione di gravita' abbiano compiuto i 65 anni di eta' oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.*»

Si allega documento di identità del/della sottoscritto/a.

Luogo e data _____

IN FEDE

_____

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico Statale "G. Keplero"
Roma

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 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.

La firma della presente dichiarazione deve essere apposta dalla persona assistita. 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, consapevole del fatto che il /la Sig./ Sig.ra _____ (specificare di seguito la relazione di parentela o affinità: _____) ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92, ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000

DICHIARA

in riferimento alla fruizione dei succitati benefici, che il proprio coniuge e\o i genitori:

(barrare la casella di interesse)

☐ hanno superato i 65 anni di età

☐ sono affetti da patologie invalidanti

☐ sono deceduti

☐ sono mancanti

Luogo e data _____

IN FEDE

_____

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico Statale "G. Keplero"
Roma

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
(a cura del richiedente)

_____sottoscritt _____

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta esclusivamente secondo le modalità previste dalla normativa vigente (art. 33 della Legge 104/1992 e art. 3, comma 1, lett. *B2)* del D.Lgs. n. 105/2022),

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 da parte del/della sottoscritto/a.

Si allega documento di identità del sottoscritto.

Luogo e data _____

IN FEDE

_____