**MODULO RICHIESTA PERMESSI Legge 104/92**

Al Dirigente Scolastico

 dell’IISS “Liceo G.G.Adria-G.P.Ballatore”

 di Mazara del Vallo

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In servizio presso questo Istituto in qualità di DSGA Assistente amministrativo - Collaboratore Scolastico Docente a tempo indeterminato/determinato - altro personale 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**

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare Sig.\ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (indicare 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 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.* **ALLEGATO1**

3. Dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto. **ALLEGATO2.**

4. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno. **ALLEGATO3**

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. **ALLEGATO4.**

6. Cronoprogramma mensile fruizione permessi **ALLEGATO 5**

A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza intermini disistematicità 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'eventualeintervenuta 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.

Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio\*

\* solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km

Data INFEDE

* **SI AUTORIZZA**
* **NON SI AUTORIZZA Il Dirigente Scolastico**

 **Prof.ssa Silvana Rosa Maria Lentini**

**ALLEGATO1**

Al Dirigente Scolastico

 dell’IISS “Liceo G.G.Adria-G.P.Ballatore”

 di Mazara del Vallo

**OGGETTO: RICHIESTA PER L’A.S. 2023/24 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CONDISABILITA’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 informa 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. ( ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_familiare con disabilitàgrave, 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 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 informa esclusiva e che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario.

Si allega documento di identità del sottoscritto.

 INFEDE

**ALLEGATO 2**

Al Dirigente Scolastico

 dell’IISS “Liceo G.G.Adria-G.P.Ballatore”

 di Mazara del Vallo

**OGGETTO: RICHIESTA PER L’A.S. 2023/24 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
* nonconvivente con il/la familiare disabile Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(specificare la relazione di parentela o affinità) il\la Sig.\ra per cui ha richiesto di usufruire dei benefici previsti dall’art. 33 della L. 104/92,

DICHIARA SOTTOLAPROPRIA RESPONSABILITA’

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 deibenefici previsti dall’art. 33, L. 104/92 e dinon avernebeneficiatoin precedenza.

 Data IN FEDE

**ALLEGATO 3**

Al Dirigente Scolastico

 dell’IISS “Liceo G.G.Adria-G.P.Ballatore”

 di Mazara del Vallo

**OGGETTO: RICHIESTA PER L’A.S. 2023/24 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA’GRAVE –ART.33 L.104/1992**

**DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a prov. ( ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 invia esclusiva da parte del/della sottoscritto/a.

 Data INFEDE

**ALLEGATO 4**

Al Dirigente Scolastico

 dell’IISS “Liceo G.G.Adria-G.P.Ballatore”

 di Mazara del Vallo

**OGGETTO: RICHIESTA PER L’A.S. 2023/24 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 annidi età oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. ( ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, familiare con disabilità grave, con la presente comunica che il/la Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ affinità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o , 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 eDPR n. 445/2000)

DICHIARA

che il/la Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è l’unico referente alla propria assistenza, alla quale si dedica inmanieraedinforma esclusiva e che ilsottoscritto hacon essorapportofiduciario in quantoil proprioconiugee\oigenitori:

sbarrare lacasellache interessa

* hanno superato i 65 anni di età
* sono affetti da patologie invalidanti
* sono deceduti
* sono mancanti

Si allega documento di identità del sottoscritto.

 Data IN FEDE