

**Oggetto: richiesta permessi ai sensi della L. 104/1992**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

in qualità di docente/ATA a tempo  determinato  indeterminato

**CHIEDE**

di beneficiare

- dei permessi previsti dall'art. 33 co. 3 L. 104/1992
- del congedo biennale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- a)** sotto la **propria personale responsabilità** ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole che ai sensi dell'art 76 del D.P.R. 445/2000 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso (...) nei casi previsti dal presente T U è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia".

(Barrare le caselle che interessano):

- che presta assistenza nei confronti di \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

che è in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato

- che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela:

- madre/padre
- figlio/a
- coniuge o parte di un'unione civile
- convivente di fatto ai sensi dell'art. 1 co. 36 L.76/2016
- parente o affine entro il 2° grado
- parente o affine entro il 3° grado

- che il familiare a cui presta assistenza è convivente con il/la sottoscritto/a

- che il familiare al quale viene prestata l'assistenza non è convivente con il/la sottoscritto/a e che la distanza chilometrica tra le due abitazioni è di km \_\_\_\_\_

- che il familiare non è convivente con il/la sottoscritto/a e che la distanza chilometrica tra il Comune di residenza del sottoscritto e il Comune di residenza del disabile è superiore a 150 Km. Pertanto, si impegna a trasmettere mensilmente all'indirizzo istituzionale [fric84500p@istruzione.it](mailto:fric84500p@istruzione.it) la documentazione "con titolo di viaggio o altro" che attesti di aver raggiunto effettivamente l'assistito.

- b)** Ai sensi dell'art.33 co. 3 e s.m.i. i permessi sono fruibili da parte di un solo familiare (tra quelli indicati all'art. 33 co. 3 L.104/92) o da più familiari di cui al medesimo articolo **in via alternativa fra loro nel limite massimo complessivo di 3 giorni al mese per assistito**, pertanto il/la sottoscritto/a

## DICHIARA

- Di voler usufruire in via **esclusiva** dei permessi (3 giorni al mese), fatta salvo in ogni caso la possibilità di modificare successivamente tale indicazione ai sensi dell'art. co. 3 L. 104/92 (fruizione alternativa con familiari nei limiti dei 3 giorni al mese)

**oppure**

- Di voler usufruire dei permessi, **nel limite complessivo di 3 giorni al mese in alternanza** con il seguente familiare che già usufruisce dei permessi per il medesimo disabile, di seguito indicato:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Non dipendente/dipendente presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

- (**Solo per dare assistenza a familiari di 3° grado**) che pur avendo un grado di parentela/affinità di 3° grado, la persona con handicap in situazione di gravità **non ha** genitori/coniuge/parte di un'unione civile/convivente di fatto ai sensi dell'art. 1 co. 36 L. 76/2016 che lo possano assistere perché:
  - mancanti**
  - affetti da patologie invalidanti (documentate)**
  - ultrasessantacinquenni**

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, in particolare:

- l'eventuale ricovero del disabile grave presso istituti specializzati ovvero presso una qualsiasi struttura ospedaliera, anche se non legata direttamente o indirettamente alla disabilità
- la revisione del giudizio di gravità della disabilità
- la fruizione dei permessi, per lo stesso disabile grave, da parte di altri familiari
- il decesso

In attesa di accoglimento della richiesta di cui sopra allega:

- copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autentica dello stesso
- certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° grado di parentela o di affinità
- altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_