PERMESSI RETRIBUITI EX ART. 33, COMMA 3, L. 104/1992

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo ARTURO TOSCANINI
di APRILIA (LT)

OGGETTO: Richiesta fruizione permessi mensili retribuiti ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (_____) il ____/_____/_____, C.F. _____, in servizio presso codesto Istituto in qualità di:

☐ Docente di Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria di I grado

☐ Personale ATA – Profilo _____

con contratto di lavoro a:

☐ Tempo Indeterminato

☐ Tempo Determinato fino al ____/____/_____

CHIEDE

di poter fruire dei permessi retribuiti previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/1992 (3 giorni lavorativi mensili, frazionabili anche in ore nei limiti previsti dal CCNL vigente):

☐ per assistere il familiare disabile in situazione di gravità (art. 3, comma 3, L. 104/92);

☐ per se stesso/a, in qualità di lavoratore/lavoratrice disabile in situazione di gravità (art. 3, comma 3, L. 104/92) *(indicare se si opta per i 3 giorni mensili o per le 2 ore giornaliere: _____).*

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

(compilare solo in caso di assistenza a familiare)

1. Che il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ (____) il ___/___/_____, C.F. _____, residente in _____ Via _____ n. ____, è stato/a riconosciuto/a persona con disabilità in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992 dalla Commissione Medica dell'ASL/INPS di _____ con verbale del _____/_____/_____ *(oppure: in possesso di certificazione provvisoria rilasciata ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.L. 324/1993)*;

2. Che il verbale:

☐ non è soggetto a revisione;

☐ è soggetto a revisione in data ___/___/_____ *(ai sensi dell'art. 25, co. 6-bis, D.L. 90/2014 gli effetti del verbale permangono fino al completamento dell'iter di revisione);*

3. Che il grado di parentela/affinità con il soggetto disabile è il seguente: _____ (coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto ex art. 1, co. 36 L. 76/2016, parente o affine entro il 2° grado, ovvero entro il 3° grado in presenza delle condizioni di legge);

4. Che il familiare disabile **non è ricoverato a tempo pieno** presso istituti specializzati (fatta eccezione per le deroghe previste dalla normativa vigente, es. ricovero con necessità di assistenza da parte di un genitore o familiare certificata dai sanitari della struttura);

5. *(Ai sensi del D.Lgs. 105/2022 – abolizione referente unico)* Che per l'assistenza allo stesso soggetto in situazione di gravità, oltre al/alla sottoscritto/a, fruiscono dei medesimi permessi mensili i seguenti altri familiari lavoratori:

☐ Nessun altro familiare

☐ Sig./Sig.ra _____ (grado di parentela: _____), fermo restando il limite complessivo di 3 giorni mensili per lo stesso soggetto assistito;

☐ Sig./Sig.ra _____ (grado di parentela: _____), fermo restando il limite complessivo di 3 giorni mensili per lo stesso soggetto assistito;

☐ Sig./Sig.ra _____ (grado di parentela: _____), fermo restando il limite complessivo di 3 giorni mensili per lo stesso soggetto assistito;

6. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione delle situazioni di fatto e di diritto dichiarate nella presente istanza.

Allega:

- Copia del verbale della Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave (art. 3, comma 3, L. 104/1992), con omissis dei dati clinici non pertinenti;
- Dichiarazione di responsabilità del soggetto disabile (o di chi ne esercita la tutela/amministrazione di sostegno) di essere assistito dal/dalla richiedente;
- Copia dei documenti d'identità in corso di validità del richiedente e dell'assistito.

Nota: la fruizione dei singoli giorni/ore di permesso dovrà essere comunicata di norma tramite specifica istanza/programmazione mensile, salvo comprovate situazioni di urgenza.

Luogo e data, _____ Firma del/della dipendente

_____