

## MODULO RICHIESTA PERMESSI

### Legge n° 104/92

Druento, li \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Druento

L \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto in qualità di

DSGA     Assistente amministrativo     Collaboratore Scolastico     Docente

a tempo  indeterminato     determinato

**Visto** il D. Lgs n. 105/2022 contenente misure a sostegno della conciliazione vita-lavoro, con la quale si stabilisce che i tre giorni di permesso mensile retribuito potranno anche essere **alternati** nella fruizione tra più soggetti (*lavoratori dipendenti*) per l'assistenza allo stesso disabile;

**Visto** il messaggio INPS n. 3096/2022 del 5 agosto 2022 che a seguito di quanto decretato dall' articolo 3, comma 1, lettera b), n. 2), del decreto legislativo n. 105/2022, stabilisce che a fare data dal 13 agosto 2022, più soggetti aventi diritto possano richiedere l'autorizzazione a fruire dei permessi in argomento alternativamente tra loro, per l'assistenza alla stessa persona disabile grave.

### **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, per l'assistenza del proprio familiare Sig./ra \_\_\_\_\_, nat\_\_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, conforme, rilasciato da \_\_\_\_\_, attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
2. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno (**ALLEGATO 1**).
3. Dichiarazione che il coniuge e/o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età, oppure siano affetti da patologie invalidanti<sup>(1)</sup> o siano deceduti o mancanti (**ALLEGATO 2**).

A tal fine dichiara che:

- il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza.
- che tali permessi potrebbero essere richiesti, nel limite dei tre giorni mensili, anche dai seguenti familiari:

(1) **La certificazione attestante la presenti patologie invalidanti del coniuge della persona da assistere, deve essere certificata dalla competente Struttura Sanitaria pubblica, ex Legge 118/71 e DM n. 329/99 e ss.mm.ii**

1. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Cognome e nome* *luogo e data di nascita*  
 Relazione di parentela \_\_\_\_\_  
 Dipendente presso (indicare Ente di lavoro e relativo indirizzo completo)

2. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Cognome e nome* *luogo e data di nascita*  
 Relazione di parentela \_\_\_\_\_  
 Dipendente presso (indicare Ente di lavoro e relativo indirizzo completo)

3. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Cognome e nome* *luogo e data di nascita*  
 Relazione di parentela \_\_\_\_\_  
 Dipendente presso (indicare Ente di lavoro e relativo indirizzo completo)

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. 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.

IN FEDE

\_\_\_\_\_

1) Prot. n. _____ del ____/____/202__	<input type="checkbox"/> SI AUTORIZZA <input type="checkbox"/> NON SI AUTORIZZA
	<b>IL DIRIGENTE SCOLASTICO</b> (Dott.ssa Barbara Saletti)

**ALLEGATO 1**

**Al Dirigente Scolastico**  
dell'Istituto Comprensivo Druento

**OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2024/25 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITÀ GRAVE - ART. 33 L. 104/1992- e ss.mm.ii.**

**DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO**

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
consapevole che la fruizione del diritto, per l'assistenza alla persona disabile in situazione di gravità

**DICHIARA**

che il familiare \_\_\_\_\_ in stato di disabilità grave per il quale  
\_l\_ sottoscritt\_ 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.

Druento, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO 2

Al **Dirigente Scolastico**  
dell'Istituto Comprensivo Druento

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2024/25 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITÀ GRAVE - ART. 33 L. 104/1992- e ss.mm.ii.

**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.**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
con la presente comunica che \_\_l\_\_ Sig. \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di  
parentela o affinità) \_\_\_\_\_ per \_\_l\_\_ quale ha chiesto di usufruire dei benefici previsti  
dall'art. 33 della L. 104/92, ed ai sensi della Legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000

### **DICHIARA**

che l'altro coniuge e/o i genitori:

#### **sbarrare la casella che interessa**

- hanno superato i 65 anni di età
- sono affetti da patologie invalidanti debitamente documentati come previsto dalla normativa<sup>(1)</sup>
- sono deceduti
- sono mancanti

Druento, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IN FEDE

---

**(1) La certificazione attestante la presenti patologie invalidanti del coniuge della persona da assistere, deve essere certificata dalla competente Struttura Sanitaria pubblica, ex Legge 118/71 e DM n. 329/99 e ss.mm.ii**