

MODULO RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____
in via _____ cap _____, in servizio presso codesta istituzione scolastica
con incarico a tempo _____, nella posizione di _____

CHIEDE

il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n.104/1992 es. m.i per l'assistenza al proprio familiare disabile in situazione di gravità.

A tal fine, il dichiarante, è consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in materia di Documentazione Amministrativa, inoltre, qualora dai controlli previsti dall'articolo 71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell'articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti.

DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____
nato il _____ a _____ prov _____ residente a _____
in via _____ cap _____

avente con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela:

- ☐ Genitore
- ☐ Figlio/a
- ☐ Coniuge
- ☐ Convivente
- ☐ Altro parente o affine entro il II grado (specificare) _____
- ☐ Altro parente o affine entro il III grado (specificare) _____
- ☐ Altra condizione prevista dalle norme (specificare) _____

e che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità:

- ☐ non è coniugato;
- ☐ è vedovo/a;
- ☐ è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- ☐ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- ☐ è separato legalmente o divorziato;
- ☐ è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti,
- ☐ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

DICHIARA INOLTRE

- che la fruizione dei tre giorni di permesso mensile retribuito potrà anche essere alternata tra più soggetti (lavoratori dipendenti) per l'assistenza allo stesso disabile, come indicato nel messaggio dell'INPS n. 3096/2022 del 5 agosto 2022 il quale stabilisce che a fare data dal 13 agosto 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, come previsto dal D. Lgs n. 105/2022 nell'art. 3, comma 1, lettera b), n.2) contenente misure a sostegno della conciliazione vita-lavoro;
- che l'altro beneficiario _____ nato a _____
avente codice fiscale _____, lavoratore presso _____
con sede a _____ in via _____ telefono _____

(IN TAL CASO IL DOCUMENTO DOVRA' ESSERE FIRMATO DA ENTREMBI I BENEFICIARI)

In caso di assistenza a figlio/a, il sottoscritto dichiara che l'altro genitore _____
_____ nato a _____ avente
codice fiscale _____, lavoratore presso _____ con sede a _____ in via _____

- usufruisce del medesimo beneficio
- non usufruisce del medesimo beneficio

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre che:

- il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno;
- il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o in situazione terminale;
- il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate; ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato il bisogno di assistenza da parte del familiare; ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine;
- il familiare disabile è parente o affine di terzo grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave.

Allega a tal fine la seguente documentazione:

- copia del verbale definitivo/provisorio della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L.104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito);
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
- foto copia documento di identità in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a, che fruisce già di permessi di cui alla L.104/1992 es. m.i per il seguente familiare disabile _____, dichiara di essere a conoscenza che il cumulo di più permessi in capo allo stesso lavoratore è ammissibile solo a condizione che il familiare da assistere sia il coniuge o un parente o un affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora uno dei genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni o siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/la sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile dichiara di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza nei periodi dichiarati.

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

ATTENZIONE: la presente dovrà essere presentata **ESCLUSIVAMENTE VIA E MAIL A:** clic822005@istruzione.it

corredata di tutti i documenti allegati

_____, li _____

Il richiedente

Prot. n. _____ del _____ / _____ /202_____	☐ SI AUTORIZZA ☐ NON SI AUTORIZZA
	IL DIRIGENTE SCOLASTICO <i>Prof.ssa Francesca Ippolito</i>

I dati richiesti sono **obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi.** I dati personali potrebbero essere comunicati anche da altre Amministrazioni Pubbliche qualora vengano richiesti per il trattamento di procedimenti di propria competenza.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante, decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

PRIVACY E PROTEZIONE DEI DATI NEL TRATTAMENTO DI INFORMAZIONI PERSONALI

Con la presente si informa la S.V. che i dati forniti per le finalità connesse all'oggetto del presente documento saranno trattati dal Titolare in conformità alle disposizioni del Codice privacy (D.Lgs. 196/2003 novellato dal D.Lgs. 101/2018) e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Più specificamente, in linea con quanto previsto dagli artt.13 e 14 del Regolamento, il Titolare indica i modi e i termini di tale trattamento nelle informative pubblicate nella sezione dedicata alla Privacy e Protezione dei dati personali del sito WEB dell'Istituto, al link: <https://netterm.netsenseweb.com/scuola/privacy/netsense/clic822005>. Se il trattamento dei dati connesso all'oggetto del presente documento non rientrasse nei casi indicati nella sopracitata informativa, l'Istituto ne allegnerà una specifica.