Alla Dirigente Scolastica
IIS Palazzolo Acreide

Oggetto: Domanda di ammissione al permesso retribuito per assistenza <u>CONDIVISA</u> a soggetto in situazione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato – Legge 104/92 e ss.mm.ii. – a.s. 2025-2026

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. ___) il _____/_____/_____, residente a

_____(Prov. _____), Via _____n. _____

in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di

☐ Docente

☐ ATA

con contratto di lavoro a

☐ tempo indeterminato

☐ tempo determinato

in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 n. 104, come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 n. 324, convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993 n. 423 , nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993 n. 537 e dall'art. 20 della Legge 8/3/2000 n. 53 nonché del D. Lgs. 105/ 2022,

DICHIARA

☐ di essere parente/affine della persona da assistere di

☐ primo grado

☐ secondo grado

☐ _____ in quanto *(indicare il rapporto di coniugio/parentela/affinità)*

_____

di (*cognome e nome della persona con disabilità da assistere*)

_____Codice Fiscale _____

Se non convivente, indicare la residenza:

residente a _____(Prov. _____), Via _____n. _____

In caso di adozione/affido, indicare la data del provvedimento: _____/_____/_____

☐ che il familiare da assistere sopra indicato è stato riconosciuto in condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato ai sensi dell'art.3, comma 3, L.104/92 e s.m.i.;

☐ che la persona da assistere è in vita e non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura pubblica o privata che fornisce assistenza sanitaria continuativa per le 24 ore;

☐ che il soggetto con disabilità da assistere è lavoratore dipendente:

☐ SI

☐ NO

In caso affermativo (SI), indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

_____

☐ di essere a conoscenza che:

- il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art.33, comma 3, L.104/92 e s.m.i, per l'assistenza del familiare con disabilità sopra indicato può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti interessati aventi diritto tra quelli indicati nella predetta norma di legge (essendo venuto meno il principio del "referente unico" a seguito della riforma dell'art. 33, comma 3, L. 104/92 operata dal D.Lgs. n. 105/2022);
- in presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata disposizione ne consente la fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona con disabilità;

☐ che, oltre al/la sottoscritto/a, beneficiano dei permessi i seguenti altri familiari/affini tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona con disabilità:

1. Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____(Prov. _____) il _____/_____/_____

Codice Fiscale _____

grado di parentela/affinità con la persona da assistere _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

_____

2. Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____(Prov. _____) il _____/_____/_____

Codice Fiscale _____

grado di parentela/affinità con la persona da assistere _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

_____

☐ che, in presenza di altri beneficiari, frazionerà alternativamente con loro il godimento dei permessi, al fine del rispetto del limite dei tre giorni mensili fruibili;

☐ che la distanza chilometrica tra le due abitazioni è di Km _____;

☐ di impegnarsi ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito, solo nel caso di distanza superiore a 150 Km;

☐ di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno - morale, oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza; di essere inoltre consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela delle persone con disabilità;

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sovraesposti (ricovero a tempo pieno dell'assistito presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, etc.).

Solo in caso di permessi per assistere parenti e affini di terzo grado

☐ che i genitori o il coniuge o la parte di un'unione civile o il convivente di fatto della persona con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato da assistere sono:

☐ deceduti
☐ mancanti
☐ affetti da patologie invalidanti
☐ hanno compiuto i 65 anni di età.

Allegati

☐ Certificato ASL competente, attestante situazione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato accertata ai sensi dell'art.4, comma 1 L. 104/92 e s.m.i. (in originale o copia autentica)

☐ Copia documento di riconoscimento in corso di validità

☐ Altro _____

Poiché l'altro/gli altri beneficiario/i usufruiranno, per il mese in corso, di n. giorni _____,

CHIEDE

☐ di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3 della L. 104/92 e s.m.i. per assistere il soggetto sopra indicato in situazione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale (***N.B. arco temporale del mese**):

1. il _____/_____/_____

2. il _____/_____/_____

3. il _____/_____/_____

***N.B.: Le disposizioni applicative della nuova normativa (Circolare 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica) prevedono che i lavoratori beneficiari di cui all'art. 33 della Legge 104/1992, come novellato dall'art. 24 della Legge 183/2010, siano tenuti a comunicare al Dirigente competente i giorni di assenza a tale titolo con congruo anticipo e se possibile con riferimento all'arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa, salvo dimostrate situazioni di urgenza.
In assenza di altre indicazioni si ritiene di quantificare il congruo anticipo necessario alla comunicazione della fruizione in almeno 5 giorni e si invitano gli interessati, ove possibile, a produrre pianificazioni mensili, rivedibili in dimostrate situazioni di urgenza.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(REG. UE 2016/679 - D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 "Codice in materia dei dati personali" e ss.mm.ii.)

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati dall'IIS Palazzolo Acreide in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla normativa vigente, al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro.

_____, _____/_____/_____

Firma del/la richiedente _____