

	 <p style="text-align: center;">ISTITUTO COMPRESIVO "G. MOSCATI" BENEVENTO Via Cosimo Nuzzolo n. 37/a - 82100 BENEVENTO tel. 0824 772643 -0824 772644 – 0824 772645 Cod. mec. bnic84300x – Cod.Fiscale 92051360623 e-mail bnic84300x@istruzione.it – pec bnic84300x@pec.istruzione.it sito web http://www.icmoscatibn.edu.it</p>	
--	---	---

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica quale _____

chiede alla S.V.

di fruire il seguente beneficio - qui di seguito contrassegnato con una crocetta, previsto dalle norme sulla tutela e l'assistenza dei disabili:

- il prolungamento del congedo parentale spettante per il figlio fino a otto anni di vita, disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, c. 1, e dell' art. 42, c. 1, D.Lgs. n. 151/2001, per l'assistenza del proprio figlio _____ nato a _____ il _____;
- i permessi retribuiti di una o due ore al giorno spettanti per il figlio entro i tre anni di vita, disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, c. 2, parte finale della L. 104/92 e dell'art. 42, c. 1 del D.Lgs. n. 151/2001, per l'assistenza del proprio figlio _____ nato a _____ il _____;
- i permessi retribuiti di tre giorni al mese (_____), spettanti per il figlio entro gli otto anni di età, disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, c. 2 L. 104/92, art. 33, c. 2 e art. 42, c. 1 D.Lgs 151/2001 e Circ. Funz. Pubblica n. 13/2010, punto 4, per l'assistenza del proprio figlio _____ nato a _____ il _____;
- i permessi retribuiti di tre giorni al mese (_____), spettanti per il figlio disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 42, c. 3 D.Lgs. 151/2001, e dell'art. 33, c. 3 L. 104/92 per l'assistenza del proprio figlio _____ nato a _____ il _____;

- i permessi retribuiti di tre giorni al mese (_____) per l'assistenza del parente o affine entro un certo grado di parentela o affinità, compresi coniuge e figlio maggiorenne, disabile in situazione di gravità, di cui all'art. 33, c. 3, L. 104/92 e art 20 L. 08/03/200 n. 53 per l'assistenza di _____ nato a _____ il _____ il quale nei miei riguardi riveste il seguente rapporto di parentela o affinità: _____;
- i permessi di due ore al giorno per me stesso lavoratore disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, c. 6, L. 104/92, in quanto riconosciuto disabile in situazione di gravità, come da allegata documentazione;
- i permessi di tre giorni al mese per me stesso lavoratore disabile in situazione di gravità ai sensi dell'art. 33, c. 6, L. 104/92, in quanto riconosciuto disabile in situazione di gravità, come da allegata documentazione;
- la priorità nella scelta della sede, ai sensi dell'art. 21 L. 10/92, ovvero art. 33, c. 5, L. 104/92, per le seguenti operazioni di assegnazione sede:

- il congedo retribuito fino a un biennio, di cui all'art. 42, c. da 5 a 5 quinquies del D.Lgs. 26/03/2001 n. 151 in quanto ho diritto per l'assistenza di _____ disabile in situazione di gravità ai sensi della legge 104/92, (grado di parentela) _____ non ricoverato a tempo pieno.

A tal fine dichiaro quanto segue:

A tal fine allego la seguente documentazione:

1. L'allegata autocertificazione, prevista dal punto 7 della Circ. Funz. Pubbl. n. 13/2010
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

_____ (data) _____

In fede

OGGETTO: Fruizione benefici L. 104/92 - Dichiarazione

...l... sottoscritt... _____ nat...

a _____ (Prov _____) il _____ e in servizio presso _____ di _____, consapevole delle sanzioni previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 26 della L. 15/68, richiamato dall'art. 6, c. 2 del D.P.R. 403/98

DICHIARA (barrare la voce di interesse)

- di essere ...l... sol... ad utilizzare i benefici previsti dall'art. 33. della Legge 104/92 nei confronti del seguente portatore di handicap _____ e che lo stesso è assistito in maniera continuativa solo dalla mia persona;
- di utilizzare i benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 alternativamente con il/la Sig/Sig.ra _____ nat _____ a _____ prov _____ il _____, in servizio presso _____

Rapporto di parentela con l'assistito _____

(art. 3, comma 1, lettera b), n. 2 D.L. n. 105/2022)*

- che il predetto portatore di handicap è tutt'ora in vita e non è mai stato ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici.
- di essere consapevole che l'agevolazione 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
- di essere 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 del disabile.
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni.

Benevento, _____

IL DICHIARANTE

* “l'art. 3, comma 1, lettera b), n. 2), del decreto legislativo n. 105/2022 ha riformulato il comma 3 dell'articolo 33 della legge n. 104/1992, eliminando il principio del referente unico dell'assistenza, in base al quale, nel previgente sistema, a esclusione dei genitori – cui è sempre stata riconosciuta la particolarità del ruolo svolto – non poteva essere riconosciuta a più di un lavoratore dipendente la possibilità di fruire dei giorni di permesso per l'assistenza alla stessa persona in situazione di disabilità grave.

Il novellato articolo 33, comma 3, della legge 104/92 stabilisce infatti che, fermo restando il limite complessivo di tre giorni, per l'assistenza allo stesso individuo con disabilità in situazione di gravità, il diritto può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti tra quelli aventi diritto, che possono fruirne in via alternativa tra loro.

Tale previsione normativa comporta, pertanto, che a fare data dal 13.08.2022, 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” (Messaggio INPS n 3098 del 05.08.2022)

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DEL PORTATORE DI HANDICAP

Il/La sottoscritt... _____ nat... a
_____ prov (_____) il _____

Il/La sottoscritt... _____ nat... a
_____ prov (_____) il _____

Il/La sottoscritt... _____ nat... a
_____ prov (_____) il _____

conviventi con il/la Sig./ra _____ (specificare la
relazione di parentela o affinità) _____, familiare
disabile, con il quale abitano nel Comune di _____ (_____) via

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della Legge n. 15/68 e D.P.R. 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi _____

_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in
precedenza

_____, _____

Firme

