LEGGE 104/92 - ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEI PERMESSI

Nel fascicolo sono presenti 3 moduli:

- **ALLEGATO A** – Dichiarazione soggetto disabile;
- **ALLEGATO B** – Istanza per la concessione dei permessi per dipendente disabile;
- **ALLEGATO C** – Istanza per la concessione dei permessi per assistenza ad un familiare disabile;
- **ALLEGATO D** – Dichiarazione di rinuncia ai benefici della L.104/92 per assistenza ad un familiare disabile (deve essere compilata dagli altri familiari non beneficiari)

Presentazione delle istanze:

- Chi presenta l'istanza per dipendente disabile (L. 104/92 art.33 c. 3) dovrà utilizzare e portare compilati in segreteria gli allegati **A**, **B** e la copia del verbale INPS per l'accertamento dell'invalidità;
- Chi presenta l'istanza per assistenza ad un famigliare disabile (L. 104/92 art.33 c. 3) dovrà utilizzare e portare compilati in segreteria gli allegati **A**, **C**, **D** (se presenti altri familiari del disabile) e la copia del verbale INPS per l'accertamento dell'invalidità.

ALLEGATO A
da compilarsi a cura del portatore
di handicap grave (maggiorenne)

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a_____(__) il_____C.F. _____

residente a_____in Via/P.zza _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o *uso* di atti falsi

D I C H I A R A

☐ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della commissione ASL di_____il _____non rivedibile/rivedibile a _____ ;

☐ di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravita è in corso di accertamento;

☐ di non. essere ricoverato/a a tempo pieno in una struttura pubblica o privata;

☐ di non prestare attività lavorativa;

☐ di essere parente di 1°/2°/3° grado del/della richiedente, in quanto_____;

☐ di voler essere assistito/a solo dal/dalla sig./ra _____
nato/a_____(___) il_____C.F. _____
residente a_____(___) Via/Piazza _____

Si allega fotocopia del documento di identità.

Luogo e data_____ Il/La dichiarante

_____

****

La firma non va autenticata; le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, ed in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

ALLEGATO B

Al Dirigente Scolastico
del I.C. "G. Santini"
di Noventa Padovana

Oggetto: ***ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEI PERMESSI PER DIPENDENTE DISABILE (Legge n. 104/1992 art.33 comma 3)***

Io sottoscritto/a_____ nato/a il_____ a_____ in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di _____

chiede

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992, secondo le seguenti modalità:

□ n. 3 (tre) giorni al mese;

□ n. 2 (due) ore giornaliere

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle stabilite e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000) e che la S.V. può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

DICHIARA CHE:

□ l'ASL di_____, nella seduta del_/__/__, **ha riconosciuto la gravità dell'handicap** (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), con datadi rivedibilità al_____/senza data di rivedibilità, come risulta dalla *certificazione ASL* che si allega / che trovasi già acquisita agli atti della scuola;

□ in attesa della convocazione a visita di accertamento (essendo decorsi 90 giorni dalla predetta istanza) lo stato di handicap grave della persona sopra indicata risulta accertato dal medico specialista ASL della patologia inerente l'handicap, come risulta da certificazione provvisoria che si allega;

□ è 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 per l'effettiva tutela dei disabili;

□ si impegna a comunicare al Dirigente scolastico – mediante elaborazione di apposito piano mensile - le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile, salvo emergenze, per consentire l'organizzazione dei servizi.

□ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

□ che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e dell'art. 13 GDPR 679/2016 acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la presente richiesta:
1) al trattamento di eventuali dati sensibili;
2) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Allega alla presente la seguente documentazione:

□ **copia del verbale** 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, avendo avuto l'accortezza di oscurare tutti i dati eccedenti e non pertinenti, nel rispetto di quanto previsto dal "codice della privacy).

□ **certificato del medico specialista** nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, e, trattandosi di patologia oncologica, pur essendo trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale dalla competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

□ **certificato del medico specialista** nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, trattandosi di patologia indicate al comma 1, art.2, lettera d), del Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n.278, pur essendo trascorsi 90 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

Luogo e data_____ Firma del dipendente

_____

****

Il Dirigente Scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, considera regolare/irregolare la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e succ. mod.

Motivi di eventuale irregolarità: _____

_____

_____

_____

Il Dirigente Scolastico

ALLEGATO C

Al Dirigente Scolastico
del I.C. "G. Santini"
di Noventa Padovana

Oggetto: ***ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE – (Legge n. 104/1992 art.33 comma 3)***

Io sottoscritto/a_____ nato/a il_____a_____in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di _____

CHIEDE

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il/la sig./ra_____nato/a il _____ a_____(____) C.F._____ e residente in _____ con il/la quale è nella seguente relazione di parentela: _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle stabilite e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000) e che la S.V. può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

DICHIARA CHE:

□ l'ASL di_____, nella seduta del _/__/__, **hariconosciuto la gravità dell'handicap** (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), con datadi rivedibilità al_____/senza data di rivedibilità, come risulta dalla *certificazione ASL* che si allega / che trovasi già acquisita agli atti della scuola;

□ in attesa della convocazione a visita di accertamento (essendo decorsi 90 giorni dalla predetta istanza) lo stato di handicap grave della persona sopra indicata risulta accertato dal medico specialista ASL della patologia inerente l'handicap, come risulta da certificazione provvisoria che si allega;

□ nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

oppure

□ di prestare assistenza alla persona sopra indicata alternativamente con il/la sig. _____ _____nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due assistenti (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro) (D.lgs n. 105 del 13/08/2022);

□ l'altro genitore: sig./ra _____ nato/a il _____

a_____(____) C.F._____

non dipendente/dipendente presso _____

beneficia/non beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

□ il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado (barrare la voce che interessa):

□ 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 stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
□ 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 genitori affetti da patologia invalidante;

□ è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione eun impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;

□ è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

□ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previsteal punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;

□ è a conoscenza che quando richiede il permesso, la persona assistita, pur essendo la stessa in attività lavorativa, non deve essere impegnato in attività lavorativa nella stessa giornata in cui è richiesto il permesso;

□ si impegna a comunicare al Dirigente scolastico – mediante elaborazione di apposito piano mensile - le date in cui fruirà dei permessi in tempo utile, salvo emergenze, per consentire l'organizzazione dei servizi.

□ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto comunicato/autocertificato con la presente, a cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, esito degli accertamenti da parte della Commissione ASL competente, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

□ consapevole che tali benefici vengono rilasciati senza che l'iter previsto dalla normativa sia concluso, dichiara che, dopo la scadenza dei primi 6 mesi (periodo massimo fruibile in attesa di conclusione del procedimento) in caso di provvedimento definitivo negativo, è tenuto/a a restituire quanto fruito dopo la scadenza dei primi sei mesi poiché divenuto indebito.

□ che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e dell'art. 13 GDPR 679/2016 acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la presente richiesta:
3) al trattamento di eventuali dati sensibili;
4) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Allega alla presente la seguente documentazione:

□ **copia del verbale** 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, avendo avuto l'accortezza di oscurare tutti i dati eccedenti e non pertinenti, nel rispetto di quanto previsto dal "codice della privacy).

□ **certificato del medico specialista** nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, e, trattandosi di patologia oncologica, pur essendo trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale dalla competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

□ **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, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

□ dichiarazione di altri fratelli/sorelle che non usufruiscono di non poter assistere con allegata fotocopia documento di identità *(non è necessaria se la persona che richiede il permesso è figlio/a unico/a e/o convivente)*

□ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Luogo e data_____ Firma del dipendente

_____

****

Il Dirigente Scolastico, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, considera regolare/irregolare la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e succ. mod.

Motivi di eventuale irregolarità: _____

_____

_____

_____

Il Dirigente Scolastico

ALLEGATO D
da compilarsi a cura dai familiari
del beneficiario

DICHIARAZIONE DI RINUNCIA AI BENEFICI DELLA L. 104/92 PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE.

__l__ sottoscritt__ _____

nat_ a_____prov. (_____) il _____

e residente a_____Provincia_____C.a.p. _____

in via _____ n° _____,

telefono_____email_____,

dipendente dell'Azienda _____,

ubicata a_____Provincia_____C.a.p. _____

in via _____ n° _____,

telefono_____email_____,

in servizio presso_____,

in qualità di_____,

di essere nella seguente relazione di parentela con il/la sig./sig.ra:

_____,

(indicare il cognome e nome della persona disabile in situazione di gravità)

◯ padre ◯ madre ◯ fratello ◯ sorella ◯ figlio ◯ coniuge

◯ parente entro il secondo grado ◯ affine entro il secondo grado

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. n. 3/2003 e dall'art.15 c. 1 della L. 183/2011, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, per motivi esclusivamente oggettivi (indicare i motivi):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

e pertanto rinuncia ad avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/92.

_____, lì _____

_____

firma