

Al Dirigente Scolastico

Il sottoscritto _____ 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 o siano deceduti o mancanti (**ALLEGATO 2**).

A tal fine dichiara:

- Di assistere costantemente il soggetto disabile per il quale richiede le agevolazioni;
- Di essere consapevole che sussiste l'impegno morale e giuridico ad assistere, realmente, l'ammalato;
- che tali permessi potrebbero essere richiesti, nel limite dei tre giorni mensili, anche dai seguenti familiari:

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

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____ () il ____/____/____
a corredo dell'istanza di PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITÀ GRAVE - ART. 33 L.
104/1992- e ss.mm.ii

DICHIARA

- ☐ che il familiare _____ in stato di disabilità grave per il quale il 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.

Gela, _____

IN FEDE _____

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico

Dichiarazione relativa al coniuge e/o i genitori del disabile.

__ I __ sottoscritt__ nat__ a __ () il __/__/__, con la presente comunica che
__ I __ Sig.__(specificare la relazione di parentela o affinità) per __ I __
__ 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 il coniuge e/o i genitori:

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

Gela _____

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