

OGGETTO: RICHIESTA PER L'ART. 201 /1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE  
- ART. 33 L. 104/1992- PARENTI E AFFINI 3° GRADO DI PARENTELA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ assunto con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
docente/ata determinato/indeterminato

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

### 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, quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare Sig./ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ 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, in originale o conforme, rilasciato dall'ASL n.\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
2. Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva. *In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio (ALLEGATO 2).*
3. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno (ALLEGATO 3).
4. Dichiarazione residenza del familiare da assistere (ALLEGATO 4).

A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza.

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.

Rotondi, li \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
SEDE

OGGETTO: RICHIEDA PER L'A.S. 201 /1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE -  
ART. 33 L. 104\1992- DICHIARAZIONE ASSENZA DI RICOVERO A TEMPO PIENO

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Consapevole che la fruizione del diritto in argomento può essere riconosciuto ad un solo lavoratore dipendente,

**DICHIARA**

Che il familiare \_\_\_\_\_ in stato di disabilità grave per il quale il sottoscritto 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 ed in via esclusiva da parte del\della sottoscritto\ta.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

OGGETTO: RICHIEDSTA PER L'A.S. 201 /1<sup>o</sup> DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE -  
ART. 33 L. 104\1992- PARENTI E AFFINI 1° E 2° GRADO DI PARENTELA

Dichiarazione del familiare attestante il grado di parentela e il rapporto fiduciario col richiedente e che il richiedente medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva.

*In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio.*

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, familiare con disabilità grave con la  
 presente

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ ha con  
 la\lo scrivente il seguente grado di parentela (sbarrare ciò che interessa):

- |   |                                     |   |                                   |   |
|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> parente di 1° grado: | <input type="checkbox"/> genitore,  | <input type="checkbox"/> figlio\a;      |                                   |   |
| <input type="checkbox"/> parente di 2° grado: | <input type="checkbox"/> nonno\a,   | <input type="checkbox"/> fratello,      | <input type="checkbox"/> sorella, | <input type="checkbox"/> nipote (figli di figli); |
| <input type="checkbox"/> affine di 1° grado:  | <input type="checkbox"/> suocero\a, | <input type="checkbox"/> nuora, genero; |                                   |   |
| <input type="checkbox"/> affine di 2° grado:  | <input type="checkbox"/> cognato\a; |   |                                   |   |

il\la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92; dichiara altresì che il\la sig.\sig.ra di cui sopra è l'unico\la referente alla propria assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso\la rapporto fiduciario e che pertanto nessuno dei familiari o affini di 1° e di 2° grado si avvale dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 per l'assistenza al\alla sottoscritto\la.

Si allega documento di identità del sottoscritto in corso di validità e firmato dal titolare.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

IN FEDE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
SEDEOGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 /1 "DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE -  
ART. 33 L. 104\1992- PARENTI E AFFINI 3° GRADO DI PARENTELA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_  
 in qualità di \_\_\_\_\_ assunto con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
docente\ata (determinato)\indeterminato

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

## DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ ha con  
 la\lo scrivente il seguente grado di parentela (sbarrare ciò che interessa):

- parente di 3° grado:**     zio\a     nipote( figlio\a di fratello\sorella)     bisnonno\a,     pronipote in linea retta  
 **affine di 3° grado:**     zio\a acquisito\a     nipote acquisito\a

Il\la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92; dichiara altresì che il\la sig.\sig.ra di cui sopra è l'unico\la referente alla propria assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso\la rapporto fiduciario e che pertanto nessuno dei familiari o affini di 3° grado si avvale dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 per l'assistenza al\alla sottoscritto\la.

A tal proposito il\la sottoscritto\la dichiara (sbarrare ciò che interessa):

- che i propri genitori o il coniuge hanno compiuto i 65 anni;  
 che i propri genitori o il coniuge sono affetti da patologie invalidanti ( presentare certificato medico);  
 che i propri genitori o il coniuge sono deceduti;  
 che i propri genitori o il coniuge sono mancanti.

Si allega documento di identità del sottoscritto in corso di validità e firmato dal titolare.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

IN FEDE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
SEDEOGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 /1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE –  
ART. 33 L. 104\1992- DICHIARAZIONE DISTANZA DEL FAMILIARE DA ASSISTERE

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Consapevole che la fruizione del diritto in argomento può essere riconosciuto ad un solo lavoratore dipendente,

**DICHIARA (sbarrare ciò che interessa)** Di avere la propria residenza in \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Di avere la propria dimora temporanea (permanenza in un luogo per un certo periodo di tempo ad esempio per motivi di studio) in \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_**DICHIARA inoltre**Che il familiare per cui ha richiesto i benefici della L. 104\92 è residente a \_\_\_\_\_  
provincia di \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ (allegare documento di identità  
in corso di validità controfirmato) e che pertanto tale familiare è residente in comune situato a distanza stradale  
(sbarrare ciò che interessa) superiore a 150 Km rispetto al proprio luogo di residenza o di dimora temporanea\* NON superiore a 150 Km rispetto al proprio luogo di residenza o di dimora temporanea

\*Il disposto del decreto legislativo n. 119/2011 pone in capo al dipendente l'onere della prova: il soggetto che fruisce dei permessi dovrà provare di essersi effettivamente recato, nei giorni di fruizione degli stessi, presso la residenza del familiare da assistere, mediante l'esibizione del titolo di viaggio o altra documentazione idonea. Conseguentemente, a titolo esemplificativo, dovrà essere preferito l'uso di mezzi di trasporto pubblici quali aerei, treni, autobus, ecc., in quanto consentono di esibire al datore di lavoro il titolo di viaggio.

Sempre in riferimento all'onere della prova, in via del tutto residuale e nell'ipotesi dell'impossibilità o non convenienza dell'uso del mezzo pubblico, l'utilizzo del mezzo privato dovrà tener conto della necessità di munirsi di idonea documentazione comprovante l'effettiva presenza in loco.

Tale documentazione dovrà essere esibita al datore di lavoro che ha il diritto/dovere di concedere i permessi nell'ambito del singolo rapporto lavorativo (circolare n. 53/2008).

L'assenza non può essere giustificata a titolo di permesso ex lege 104/92 nell'ipotesi in cui il lavoratore non riesca a produrre al datore di lavoro la idonea documentazione prevista.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_