

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
C.P.I.A. 2 BERGAMO

**RICHIESTA PER L' A.S. / DI PERMESSO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992**

Il/la sottoscritto/a in servizio in questa istituzione scolastica
presso il punto di erogazione di in qualità di :

DSGA Assistente amministrativo Collaboratore Scolastico Docente

a tempo indeterminato determinato

consapevole che, ai sensi del D.L. 105/2022, la fruizione del diritto per l'assistenza alla stessa
persona disabile in situazione di gravità può essere riconosciuta a più soggetti, che possono
fruirne in via alternativa tra loro

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 ovvero 18 ore, quale referente per
l'assistenza del proprio familiare Sig.\ra

.....,
nato/a 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.

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.

IN FEDE

.....

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
C.P.I.A. 2 BERGAMO

Allega alla presente:

1. Certificato, in originale o conforme, rilasciato dall'ASL di attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
2. Dichiarazione del disabile attestante il rapporto di assistenza con il richiedente.
ALLEGATO 1.
3. Dichiarazione dei familiari che non esercitano oppure intendono esercitare lo stesso diritto.
ALLEGATO 2.
4. Dichiarazione di assenza di ricovero a tempo pieno. **ALLEGATO 3.**

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Claudio Angelo CORBETTA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
C.P.I.A. 2 BERGAMO

ALLEGATO 1

**DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE DISABILE ATTESTANTE IL RAPPORTO DI
ASSISTENZA COL RICHIEDENTE.**

*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 sottoscritto/a.....

nat a prov. (.....) il, familiare
con disabilità grave con la presente

DICHIARA

- ai sensi della legge n. 15/68, DPR n. 445/2000 e del D.L. 105/2022 che il/la Sig./ra..... (specificare la relazione di parentela o affinità)....., il\la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92, **è referente alla propria assistenza** e che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario.
- ai sensi del D.L. 105/2022, che usufruiranno dei permessi mensili per l'assistenza anche i sig.ri:
_____ (grado di parentela_____);
_____ (grado di parentela_____).

Si allega documento di identità del sottoscritto.

Luogo e data

IN FEDE

.....

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
C.P.I.A. 2 BERGAMO

ALLEGATO 2

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DEL DISABILE GRAVE**

Il/La sottoscritto/a.....

nat a prov. (.....) il

- convivente
- non convivente

con il/la familiare disabile Sig./ra

(specificare la relazione di parentela o affinità), per
cui il\la Sig.\ra ha richiesto al suo
datore di

lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104/92,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ed ai sensi della legge n. 15/68, DPR n. 445/2000 e del D.L. 105/2022 di **potere/non potere**
essere nelle condizioni di prestare assistenza al familiare disabile di cui sopra, e pertanto di
avvalersi/non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92.

Si allega copia del documento di identità del dichiarante

Luogo e data

Firma

.....
N.B.: da far compilare ad ogni componente del nucleo familiare.

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
C.P.I.A. 2 BERGAMO

ALLEGATO 3

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO
--

Il/La sottoscritto/a

consapevole che la fruizione del diritto per l'assistenza alla persona disabile in situazione di gravità può essere riconosciuto in assenza di ricovero a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili

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 da parte del/della sottoscritto/a.

Luogo e data

Firma

.....