



Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO "PIAZZA FILATTIERA 84"

Piazza Filattiera, 84 - 00139 ROMA - Tel. 06/8102978 - 333 686 3549

Codice meccanografico RMIC8EG00Q – Codice Fiscale 97713420582

E-mail: rmic8eg00q@istruzione.it PEC: rmic8eg00q@pec.istruzione.it

Sito web: <https://www.filattiera84.edu.it>

Oggetto: Istanza di riconoscimento e fruizione dei permessi mensili retribuiti per l'assistenza a familiare con disabilità in situazione di gravità.

(Articolo 33, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, come modificato dall'articolo 3 del Decreto Legislativo 30 giugno 2022, n. 105 – Personale Docente e ATA)

Modello di Domanda

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto _____ Via/Piazza

Il/La sottoscritto/a

_____ Nato/a a

_____ (Prov.) il _____ Codice Fiscale

_____ Residente

a _____ (Prov. _____) Cap _____ Via/Piazza

_____ n. _____

In servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

- ☐ Docente
- ☐ Personale ATA

Tipo di contratto:

- ☐ Tempo Indeterminato
- ☐ Tempo Determinato

CHIEDE

di poter fruire a decorrere dal del _____ dei permessi retribuiti (pari a 3 giorni al mese) fruibili anche in modalità oraria ai sensi dell'art. 42, comma 5 del D.Lgs. 151/2001, per assistere il/la sig./sig.ra _____ in stato di disabilità grave ai sensi dell'Art. 3, comma 3 della Legge 104/1992

Cognome e Nome assistito: _____

Nato/a a _____ () il _____

Codice Fiscale assistito:

Residente a _____ (____) in Via/Piazza
_____ n. _____ Grado di parentela o affinità con il richiedente:

A tal fine, si allegano alla presente i moduli di autocertificazione (Allegati A e B) e la documentazione medica comprovante la disabilità (Verbale INPS)

Luogo e Data, _____

Firma del dipendente _____

ALLEGATO A: Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e di Atto di Notorietà

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA:

☐ **Rapporto di parentela:** di essere _____
(coniuge/figlio/genitore/fratello/ecc.) del/la Sig./Sig.ra _____,
nato/a a _____ **il //**, riconosciuto/a persona con disabilità in situazione di
gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992.

☐ **Assenza di ricovero:** che il sopraindicato soggetto disabile in situazione di gravità **NON è ricoverato a tempo pieno** (24 ore su 24) presso strutture sanitarie o istituti di assistenza pubblici o privati.

☐ **Distanza stradale (ove applicabile):** che la propria residenza/dimora dista da quella del soggetto disabile meno di 150 km. *(Nota: se la distanza è superiore a 150 km, il dipendente attesta che presenterà idoneo titolo di viaggio o altra documentazione giustificativa per ogni fruizione).*

☐ **Obbligo di comunicazione:** di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Direzione Scolastica qualsiasi variazione delle condizioni sopra dichiarate (es. decesso, revoca della gravità, ricovero a tempo pieno, ecc.).

Luogo e Data, _____

Firma del dichiarante _____

ALLEGATO B: Dichiarazione degli altri familiari non fruitori

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (Prov.) **il //** _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ (Prov. _____) in Via _____

_____ in qualità di (specificare il rapporto di parentela con il disabile, es: figlio, fratello) _____ del/della Sig./Sig.ra _____ (soggetto disabile),

DICHIARA:

- Di non aver mai richiesto, né fruito, per l'intero anno scolastico in corso, di periodi di Congedo Straordinario ex art. 42, comma 5 del D.Lgs. 151/2001 per l'assistenza dello stesso familiare disabile sopra indicato.
- Di **rinunciare** alla fruizione del suddetto congedo straordinario per i periodi richiesti dal/dalla sig./sig.ra _____ (richiedente principale), consentendo che l'assistenza venga prestata in via esclusiva da quest'ultimo/a.

Luogo e Data, _____

Firma del familiare rinunciatario _____

ALLEGATO C: Dichiarazione degli altri familiari (In caso di fruizione condivisa)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E COORDINAMENTO TRA AVENTI DIRITTO (D.Lgs. 105/2022) (Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a

____ Nato/a a _____ () il // _____ Codice Fiscale _____

_____ in qualità di _____ (es. fratello, sorella, altro figlio) del soggetto con
disabilità grave Sig./Sig.ra _____, consapevole delle sanzioni
penali ex art. 76 D.P.R. 445/2000,

DICHIARA:

- Di essere a conoscenza che il/la Sig./Sig.ra _____
(Nome del dipendente della scuola) ha presentato istanza per fruire dei permessi mensili
ex art. 33, c. 3 della Legge 104/92 per l'assistenza al medesimo familiare disabile.
- Di avvalersi **in modalità alternativa e concordata** dei medesimi permessi mensili presso il
proprio datore di lavoro _____.
- Di impegnarsi, sotto la propria responsabilità, a coordinare le assenze con il dipendente
scolastico affinché la somma dei permessi fruiti da entrambi **non superi mai il limite
massimo complessivo di 3 giorni nel corso dello stesso mese solare**, così come
tassativamente previsto dall'articolo 33, comma 3, della Legge 104/1992, modificato dal
D.Lgs. 105/2022.

Luogo e Data: _____

Firma del familiare co-utilizzatore: _____