



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "GEMELLI CARERI"
Corso Aspromonte - 89014 Oppido Mamertina (RC) - Tel. 096686186
email: rcis02200t@istruzione.it pec: rcis02200t@pec.istruzione.it
sito web: www.isoppido.edu.it



ALLEGATO B

**Al Dirigente Scolastico dell'I.I.S. "Gemelli Careri"
Oppido Mamertina - Taurianova**

OGGETTO: Nuova istanza per beneficiare delle previsioni di cui all'art. 33 della L. n. 104/1992 e ss.mm.ii..

Il/La sottoscritt _____, nato a _____, il _____, residente in via/piazza _____ (____) in servizio presso Codesto Istituto in qualità di:

- DOCENTE
- ATA

con contratto a tempo:

- INDETERMINATO
- DETERMINATO (dal _____ al _____)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDE

di poter fruire dei permessi retribuiti previsti dall'art. 33 della L. n. 104/1992 e ss.mm.ii., al fine dell'assistenza (barrare la casella d'interesse):

- a se stesso
- al sottoindicato familiare portatore di handicap in situazione di gravità (riconosciuto ai sensi dell'art. 3 ed accertato ai sensi dell'art. 4 della L. n. 104/1992)

COGNOME/NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
C.F.	
RESIDENZA	
DOMICILIO	
RELAZIONE DI PARENTELA/AFFINITA'	

Nel caso di assistenza al familiare, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

1. (specificare le voci di interesse mediante una X):

- di essere genitore e di fruire del beneficio alternativamente con l'altro genitore (art. 24 della L. n. 183/2010);
- di essere parente o affine entro il 2° grado del familiare sopra menzionato;
- di essere parente o affine di 3° grado del familiare sopra menzionato ma di chiedere la fruizione dei permessi in quanto il coniuge/i genitori del familiare con handicap hanno compiuto i 65 anni di età/sono affetti da patologie invalidanti/sono deceduti o mancanti;
- di essere convivente di fatto;
- di fruirne alternativamente con altro familiare ai sensi del D.Lgs. n. 105/2022 (indicare nominativo e grado di parentela):

1. _____ nato a _____
il _____ e residente in _____
alla via/piazza _____

2. _____ nato a _____
il _____ e residente in _____
alla via/piazza _____

ovvero

- che nessun altro ha chiesto di poter fruire dei permessi per l'assistenza al familiare sopraindicato;
2. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e,

pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

3. di essere consapevole che la possibilità di usufruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
4. che il familiare portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno in istituti di cura, case per anziani, ecc., e si impegna ad informare l'Amministrazione qualora questa situazione venga meno.
5. che in caso di fruizione dei permessi di cui al c. 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri dal luogo di residenza del familiare assistito, è consapevole di dover attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito;
6. che assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso le richieste di permesso riferite all'intero mese di fruizione.

Il/la sottoscritto/a, comunque, si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi altra variazione che possa modificare la concessione del permesso richiesto.

_____ , _____

FIRMA

Si allega la seguente documentazione:

1. *Verbale di accertamento della Commissione Sanitaria che attesta la situazione di gravità del grado di handicap, ai sensi dell'art. 4, c. 1 della L. n. 104/1992;*
2. *Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente;*
3. *Copia di un documento di identità in corso di validità dell'assistito/a;*
4. *Dichiarazione di altri familiari che esercitano tale diritto, corredata da copia del documento di identità in corso di validità (vedere SUB ALLEGATO B).*

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

Il/La sottoscritt_____ , nato a _____, il _____, residente in via/piazza _____ (____), in riferimento al familiare disabile _____ legato dal seguente rapporto di parentela/affinità _____ (specificare la relazione di parentela o affinità),

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dal D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

di assistere alternativamente il summenzionato familiare con (indicare il nominativo, data e luogo di nascita di altri beneficiari):

1. _____ (nominativo) _____ (data e luogo di nascita)

2. _____ (nominativo) _____ (data e luogo di nascita)

Si impegna, altresì, a comunicare eventuali variazioni delle situazioni di fatto e di diritto dichiarate.

_____, _____

FIRMA

Allegare copia di un documento di identità in corso di validità.