



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "A. FARNESE"
Viale Regina Margherita, 2 - 01032 Caprarola (VT) ☎ 0761645513
Codice Fiscale 90128410561 Codice Meccanografico VTIS01200C
vtis01200c@istruzione.it www.iisfarnese.it

**RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO MENSILE A FAVORE DI FAMILIARE
(FINO AL SECONDO GRADO DI PARENTELA)**

Il/La
sottoscritto/a

Cod. Fiscale

In qualità di

A tempo

Nato/a il

a

Residente a

Via/piazza

n.

Familiare di

(indicare il grado di parentela del familiare rispetto al dipendente)

soggetto riconosciuto in situazione di **disabilità grave ai sensi della legge n. 104/92, articolo 3 - 3° comma**

Nato/a il

a

Residente a

Via/piazza

n.

indicare la distanza chilometrica tra la propria residenza e la residenza del familiare assistito _____

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici previsti dalla legge n. 104/92, articolo 33 - 3° comma (legge quadro sull'assistenza a persone handicappate) e successive modificazioni, nella misura di tre giorni di permesso mensile retribuito, proporzionalmente alla tipologia del rapporto di lavoro a decorrere dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda e precisamente dall'1_____.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare, all'inizio di ciascun mese, per quanto possibile, la relativa programmazione.



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "A. FARNESE"
Viale Regina Margherita, 2 - 01032 Caprarola (VT) ☎ 0761645513
Codice Fiscale 90128410561 Codice Meccanografico VTIS01200C
vtis01200c@istruzione.it www.iisfarnese.it

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA
(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave il/i seguente/i familiare/i:

Nome e Cognome

Codice Fiscale

Sede di lavoro

Nome e Cognome

Codice Fiscale

Sede di lavoro

- è consapevole che presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso);
- si impegna a presentare idonea documentazione di viaggio nel caso di familiare assistito residente a una distanza superiore a 150KM rispetto alla propria residenza.
- il familiare assistito non è ricoverato a tempo pieno (almeno 24 ore) presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa.
- che il familiare assistito è ricoverato a tempo pieno (almeno 24 ore) presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa e pertanto potrà beneficiare dei permessi solo nelle seguenti ipotesi:
 - **interruzione del ricovero** per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;
 - **ricovero a tempo pieno** di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;
 - **ricovero a tempo pieno di un minore** in situazione di disabilità grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "A. FARNESE"
Viale Regina Margherita, 2 - 01032 Caprarola (VT) ☎ 0761645513
Codice Fiscale 90128410561 Codice Meccanografico VTIS01200C
vtis01200c@istruzione.it www.iisfarnese.it

Al fine di documentare le suddette eccezioni il/la sottoscritto/a si impegna a produrre la relativa certificazione medica.

Allega copia del Verbale rilasciato dall'apposita Commissione Medica ASL attestante lo stato di "disabilità grave", ai sensi della legge n. 104/92, articolo 3 - 3° comma del soggetto per il quale si richiedono i benefici.

Allega copia del documento d'identità e del codice fiscale del familiare assistito.

Ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 e sue successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 679/2016, nel rispetto delle disposizioni in materia di privacy, i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per cui sono richiesti. I dati personali e sensibili inoltre possono essere oggetto di comunicazione ad altre amministrazioni pubbliche (o soggetti privati), nei casi previsti dalla legge e/o qualora queste debbano trattare gli stessi per eventuali procedimenti di propria competenza.

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "A. FARNESE"
Viale Regina Margherita, 2 - 01032 Caprarola (VT) ☎ 0761645513
Codice Fiscale 90128410561 Codice Meccanografico VTIS01200C
vtis01200c@istruzione.it www.iisfarnese.it

**DICHIARAZIONE DA COMPILARSI A CURA DEL SOGGETTO ASSISTITO RICONOSCIUTO IN
SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE**

(presentare solo in caso di assistenza a figli di età superiore ai 18 anni o ai familiari)

Il/La
sottoscritto/a

Nato/a il

a

Residente a

Via/piazza

n.

in riferimento alla richiesta di utilizzo dei benefici previsti dalla legge n. 104/92 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di _____ il _____;
- di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per sé stesso;
- di essere dipendente pubblico presso l'Amministrazione _____ con rapporto di lavoro a tempo _____
- di essere parente/affine del Sig./ra _____ grado di parentela _____
- di voler essere assistito da (indicare il nominativo o i nominativi di chi presterà assistenza):

_____ Cod. Fiscale _____

_____ Cod. Fiscale _____

Luogo e data, _____

_____ Firma del dichiarante