

ISTITUTO COMPRENSIVO "CARDUCCI~PAOLILLO"

INFANZIA · PRIMARIA · SECONDARIA

SEDE CENTRALE: VIA EGMONT, 1 - 71042 CERIGNOLA (FG) UFFICI: VIA SANTUARIO MADONNA DI RIPALTA, 70 - 71042 CERIGNOLA (FG)
E-MAIL: fgic87300t@istruzione.it - PEC: fgic87300t@pec.istruzione.it - TELEFONO: 0885.442645 – 0885.411934 - C.F./P.IVA. 90039300711

ICCARDUCCIPAOLILLO.EDU.IT**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Istituto _____

**OGGETTO: Dichiarazione annuale di rinnovo e conferma dei benefici di cui all'art. 33, Legge 104/1992
(modificata dal D.Lgs. 105/2022) per l'A.S. _____ / _____**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____ Codice Fiscale _____
In servizio presso codesta

Istituzione Scolastica per l'A.S. _____ / _____ in qualità di:

☐ Docente di _____☐ Personale A.T.A. - Profilo _____

Tipo di contratto:

☐ Tempo Indeterminato☐ Tempo Determinato (fino al _____)**CHIEDE**

La conferma e il rinnovo per l'Anno Scolastico _____ / _____ del diritto a fruire dei permessi retribuiti di cui all'art. 33, commi 3 e 6, della Legge 104/1992 per l'assistenza al/alla proprio/a familiare in situazione di disabilità grave non ricoverato/a a tempo pieno.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R.:

DICHIARA

1. Che sono immutate le condizioni oggettive e soggettive che hanno dato luogo al primo riconoscimento del beneficio.

2. Che la persona in situazione di handicap grave assistita è il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____, C.F. _____, parente/affine di _____° grado rispetto al/alla sottoscritto/a (es. genitore, coniuge, figlio/a, ecc.) che nei miei riguardi è il/la _____.
3. Che la persona assistita **NON è ricoverata a tempo pieno** presso strutture specializzate (o vi è ricoverata solo per le eccezioni stabilite dalla legge).

DATO RELATIVO AL VERBALE DI ACCERTAMENTO INPS/ASL

In relazione al Verbale di accertamento dell'Handicap in situazione di gravità (art. 3, c. 3, L. 104/1992) della persona assistita, il/la sottoscritto/a dichiara che il beneficio è:

☐ **DEFINITIVO / PERMANENTE** (non soggetto a futura revisione).

☐ **SOGGETTO A REVISIONE PREDETERMINATA** Con scadenza indicata nel verbale per:

Mese _____ Anno _____ (Il dipendente si impegna a presentare tempestivamente la ricevuta di invio della domanda di rivedibilità per consentire la proroga provvisoria del beneficio ai sensi dell'art. 25, c. 6, D.L. 90/2014).

SEZIONE FRUIZIONE ALTERNATA (Ex D.Lgs. 105/2022 - Superamento Referente Unico)

☐ **Opzione A — Fruizione Esclusiva:** Il/La sottoscritto/a dichiara di essere l'unico/a lavoratore/trice a fruire dei 3 giorni di permesso mensili per l'assistenza al sopra citato familiare per l'A.S. in corso.

☐ **Opzione B — Fruizione Alternata:** Il/La sottoscritto/a dichiara che per l'A.S. in corso i permessi mensili (nel limite massimo complessivo di 3 giorni al mese tra tutti gli aventi diritto) **saranno fruiti alternativamente** con il/la/i seguenti soggetto (compilare il campo sottostante per ogni persona con cui si usufruisce dei benefici in maniera alternata):

- **Cognome e Nome:** _____
- **Codice Fiscale:** _____
- **Grado di parentela/affinità con il disabile:** _____° grado (es. figlio/a, fratello/sorella, ecc.)
- **Rapporto di parentela/affinità nei riguardi del dipendente richiedente:** il/la quale nei miei riguardi è _____ (es. fratello/sorella, coniuge, altro genitore, ecc.)
- **Datore di Lavoro / Amministrazione di appartenenza:** _____
- **Sede di Lavoro / Indirizzo:** _____
- **Qualifica / Mansione svolta:** _____
- **Tipologia di rapporto lavorativo:** ☐ Dipendente Pubblico ☐ Dipendente Privato ☐ Altro

- **Cognome e Nome:** _____
- **Codice Fiscale:** _____
- **Grado di parentela/affinità con il disabile:** ____° grado (es. figlio/a, fratello/sorella, ecc.)
- **Rapporto di parentela/affinità nei riguardi del dipendente richiedente:** il/la quale nei miei riguardi è _____ (es. fratello/sorella, coniuge, altro genitore, ecc.)
- **Datore di Lavoro / Amministrazione di appartenenza:** _____
- **Sede di Lavoro / Indirizzo:** _____
- **Qualifica / Mansione svolta:** _____
- **Tipologia di rapporto lavorativo:** ☐ Dipendente Pubblico ☐ Dipendente Privato ☐ Altro

Si attesta che la somma dei giorni di permesso fruiti mensilmente dai soggetti autorizzati non supererà il limite totale di 3 giorni previsti dalla legge.

DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ GRAVE

(O del Tutore / Curatore / Amministratore di Sostegno / Legale Rappresentante)

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
 _____ (____) il // _____ Codice Fiscale _____
 _____ in qualità di:

☐ Persona con disabilità in situazione di gravità (art. 3, c. 3, L. 104/92)

☐ Tutore / Amministratore di Sostegno / Legale Rappresentante del Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

- Di confermare per l'A.S. _____ / _____ l'individuazione del/della Sig./Sig.ra _____ quale soggetto che presta assistenza in suo favore.
- *(In caso di fruizione alternata)* Di prestare il proprio consenso affinché l'assistenza e la fruizione dei permessi per l'A.S. in corso siano alternate con il/la Sig./Sig.ra _____.

Data _____

Firma della persona assistita / rappresentante legale: _____

DISPOSIZIONI ED IMPEGNI DEL DIPENDENTE

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione della situazione di fatto e di diritto che comporti la perdita o la modifica dei requisiti per la fruizione dei permessi (es. ricovero a tempo pieno, eventuale esito di visita di revisione, variazione dei soggetti alternativi).

Data _____

Firma del Dipendente _____

SI ALLEGA ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE:

1. *Copia del **Verbale di Accertamento della situazione di handicap grave** (art. 3, comma 3, L. 104/1992) rilasciato dalla Commissione Medica competente.*
2. *Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dipendente.*
3. *Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del disabile grave.*
4. *(In caso di fruizione alternata) Copia del documento di riconoscimento del/i familiare/i alternativo/i.*