

Modulistica Docenti	ISTANZA PER LA FRUIZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALL'ART. 33, COMMA 3, DELLA LEGGE N. 104/1992	MODELLO AD01
---------------------	---	---------------------

Al Dirigente

Scolastico

dell'IC San Giovanni Bosco Buonarroti
di Giovinazzo

Oggetto: Istanza per fruire dei benefici previsti dalla L. 104/1992 per l'assistenza a persona con disabilità in situazione di gravità – a.s. 2026/27

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____ e residente in _____ alla via _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di:

☐ docente ☐ personale ATA

con contratto: ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato

CHIEDE

di essere autorizzato/a a fruire dei **permessi retribuiti previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104**, per l'assistenza del/della:

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

C.F. _____

persona con disabilità in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992, con la quale il/la sottoscritto/a ha il seguente rapporto di parentela/affinità:

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci:

1. Situazione della persona assistita

che la persona per la quale vengono richiesti i benefici:

☐ è riconosciuta persona con disabilità in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992;

☐ è in possesso di certificazione a carattere permanente;

☐ è in possesso di certificazione con scadenza prevista per il _____;

☐ la relativa documentazione è già presente agli atti dell'Istituto.

Estremi della certificazione/verbale:

2. Ricovero a tempo pieno

Dichiara che, alla data della presente istanza, la persona assistita:

☐ non è ricoverata a tempo pieno presso struttura ospedaliera o struttura pubblica o privata specializzata;

☐ è ricoverata a tempo pieno e ricorre una delle condizioni che consentono comunque la fruizione dei permessi, che vengono specificamente documentate:

3. Rapporto di parentela/affinità

Il rapporto con la persona assistita è:

☐ coniuge / parte dell'unione civile / convivente di fatto, ove previsto dalla normativa;

☐ parente di primo grado;

☐ parente di secondo grado;

☐ affine di primo grado;

☐ affine di secondo grado;

☐ parente/affine di terzo grado, ricorrendo le ulteriori condizioni previste dalla normativa vigente.

Specificare il rapporto: _____

4. Eventuale fruizione dei permessi da parte di altri lavoratori

Il/La sottoscritto/a dichiara:

☐ di essere l'unico lavoratore che richiede attualmente la fruizione dei permessi di cui all'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/1992 per l'assistenza alla persona sopra indicata;
oppure

☐ che altri lavoratori aventi diritto fruiscono o intendono fruire dei medesimi permessi per l'assistenza alla stessa persona, in via alternativa al/alla sottoscritto/a.

In tal caso indica:

Nome e cognome: _____

Rapporto con la persona assistita: _____

Datore di lavoro: _____

Modalità di fruizione alternativa: _____

Il/La sottoscritto/a è consapevole che, per l'assistenza alla medesima persona con disabilità grave, **il limite complessivo dei permessi è pari a tre giorni mensili**, da fruire alternativamente tra i diversi lavoratori aventi diritto.

5. Dichiarazioni relative alla situazione familiare

Il/La sottoscritto/a dichiara:

☐ che non risultano altri soggetti aventi diritto alla fruizione dei permessi per l'assistenza alla persona sopra indicata;

☐ che risultano altri soggetti potenzialmente aventi diritto, come indicato nella documentazione allegata;

☐ che la situazione relativa agli altri soggetti aventi diritto è già stata comunicata all'Amministrazione ed è invariata.

Eventuali ulteriori precisazioni:

6. Impegno alla comunicazione delle variazioni

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare **tempestivamente all'Istituto ogni variazione** della situazione di fatto o di diritto rilevante ai fini della fruizione dei benefici e, in particolare:

- cessazione o modifica della situazione di disabilità grave;
 - scadenza o modifica della certificazione;
 - eventuale ricovero a tempo pieno della persona assistita, nei casi rilevanti;
 - cessazione del rapporto di assistenza;
 - variazione del rapporto di parentela o della situazione familiare rilevante;
 - eventuale fruizione dei permessi da parte di altri soggetti;
 - ogni altra circostanza che possa determinare la perdita o la modifica del diritto.
-

7. PROGRAMMAZIONE DELLA FRUIZIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la fruizione dei permessi deve essere, **per quanto possibile, programmata con congruo anticipo**, al fine di consentire all'Istituto la necessaria organizzazione del servizio.

La programmazione ha **natura organizzativa e non costituisce condizione per il riconoscimento del diritto**.

Per il personale docente, la fruizione è, per quanto possibile, organizzata in **giornate non ricorrenti**, tenendo conto delle esigenze assistenziali e dell'organizzazione del servizio.

Per il personale ATA, la programmazione mensile è effettuata secondo quanto previsto dall'art. 68 del CCNL 2019-2021, con comunicazione all'ufficio di appartenenza all'inizio di ogni mese. In caso di necessità e urgenza, la comunicazione può essere effettuata nelle 24 ore precedenti e comunque non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno di fruizione.

8. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Alla presente istanza il/la sottoscritto/a allega:

☐ copia del verbale/certificazione attestante la situazione di disabilità grave;

☐ dichiarazione sostitutiva relativa ai requisiti richiesti;

☐ documentazione relativa all'eventuale ricovero/condizione ostativa, ove pertinente;

☐ documentazione relativa ad altri soggetti che fruiscono dei permessi;

☐ altra documentazione:

☐ la documentazione è già presente agli atti dell'Istituto.

9. RICHIESTA DELLE SINGOLE GIORNATE DI PERMESSO

La presente istanza è finalizzata al **riconoscimento del beneficio**.

Una volta riconosciuto il diritto, **ciascuna giornata di permesso dovrà essere formalizzata mediante la procedura prevista dall'Istituto e attraverso il gestionale Spaggiari**, secondo le modalità indicate nella circolare di servizio.

La programmazione mensile **non sostituisce la singola richiesta di assenza**.

DICHIARAZIONE FINALE

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che:

- i benefici sono riconosciuti esclusivamente in presenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente;
- le dichiarazioni rese sono soggette ai controlli previsti dal D.P.R. n. 445/2000;
- eventuali dichiarazioni non veritiere comportano le conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000;
- è tenuto/a a comunicare tempestivamente ogni variazione che possa incidere sul diritto alla fruizione dei benefici.

Luogo e data: _____

Firma del/della dipendente

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI, A SEGUITO DEL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

***** (spazio riservato all'ufficio) *****

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, attestato che il/la sig. _____
preventivamente

ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ha reso e sottoscritto in mia presenza la suddetta dichiarazione.

Giovinazzo,

Il Dirigente Scolastico

Il Dirigente Scolastico,

Vista l'istanza presentata;

vista la documentazione prodotta;

verificata la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente;

☐ **AUTORIZZA**

☐ **NON AUTORIZZA**

la fruizione dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/1992, per l'assistenza alla persona indicata nell'istanza.

Eventuale motivazione del diniego / richiesta di integrazione:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO