Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto comprensivo
EMPOLI OVEST
Sede legale: Via Delle Fiascaie 12, 50053, Empoli (FI)
C.F. / P.IVA 91048780489 - Cod. Univoco A6TBAE - Telefono (+39) 0571757400
sito web: www.istitutocomprensivoempoliovest.edu.it
PEC: FIIC876002@pec.istruzione.it PEO: FIIC876002@istruzione.it

MODULO RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

Il/la sottoscritto/a _____
nato a_____ il _____,
Codice Fiscale _____ residente in _____
Via_____cap _____ prov_____
Inquadrato nella Categoria Posizione Economica _____Area_____,
in servizio presso _____
è consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa, inoltre, qualora dai controlli previsti dall'articolo71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell'articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti.

CHIEDE

Il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i per l'assistenza:
___ a se stesso
___ al proprio familiare disabile in situazione di gravità:
Cognome _____Nome _____
Codice Fiscale _____ nato/a il _____
a_____ Prov (____), residente
in_(1)_____via_____cap _____prov (___)

(1) il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 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, deve attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

avente con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela:
__ Genitore
__ Figlio/a
__ Coniuge
__ Convivente
__ Altro parente o affine entro il II grado (specificare) _____
__ Altro parente o affine entro il III grado (specificare) _____
__ Altra condizione prevista dalle norme (specificare) _____

e che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità:

__ non è coniugato;
__ è vedovo/a;
__ è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
__ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
__ è separato legalmente o divorziato;
__ È coniugato ma in situazione di abbandono;
__ ha uno o entrambi i genitori deceduti,
__ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
In caso di assistenza a figlio/a, il sottoscritto _____dichiara che l'altro genitore, nato a _____il _____ codice fiscale _____ lavoratore presso _____con sede in_____
__ usufruisce del medesimo beneficio __ non usufruisce del medesimo beneficio
Il sottoscritto dichiara inoltre che:
__ Il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
__ il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
__ il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate;
__ ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare;
__ ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine;
__ il familiare disabile è parente o affine di terzo grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra:
_____
__ di essere l'unico soggetto che ha chiesto di poter fruire dei permessi per l'assistenza al familiare sopraindicato
__ di non essere l'unico soggetto che ha chiesto di poter fruire dei permessi per l'assistenza al familiare sopraindicato ma che gli altri soggetti interessati sono:
NOVITA D. Lgs n. 105/2022: i tre giorni di permesso mensile retribuito potranno anche essere alternati nella fruizione tra più soggetti (lavoratori dipendenti) per l'assistenza allo stesso disabile. A rendere noto tale cambiamento, 'è stato proprio l'ente INPS nel messaggio n. 3096/2022 del 5 agosto 2022. Con la modifica, diventa possibile per due soggetti assentarsi dal lavoro per assistere lo stesso familiare disabile in giorni diversi fermo restando il limite complessivo di tre giorni al mese.

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	LAVORATORE PRESSO	NOTE : MODALITA' DI RIPARTIZIONE PERMESSI

Allega a tal fine la seguente documentazione:

__ copia del verbale definitivo/provvisorio della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito);
__ **dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.**
__ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
__ fotocopia documento di identità in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a, che fruisce già di permessi di cui alla L. 104/1992 e s.m.i per il seguente familiare disabile _____ dichiara di essere a conoscenza che il cumulo di più permessi in capo allo stesso lavoratore è ammissibile solo a condizione che il familiare da assistere sia il coniuge o un parente o un affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora uno dei genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni o siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/la sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile _____dichiara 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 nei periodi dichiarati.
Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita delle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dall'Istituto Comprensivo Empoli Ovest esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni.
I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni Pubbliche qualora vengano richiesti per il trattamento di procedimenti di propria competenza.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante, decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

EMPOLI, Lì_____ FIRMA RICHIEDENTE _____