

**Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S. "G. Solimene"  
Via A. Moro, 3  
Lavello (PZ)**

Il/L sottoscritto/a ..... nato/a a ..... (.....) il ..... e residente  
a..... Via ..... in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di  
..... a tempo .....

CHIEDE

alla S.V., ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge 104/1992 e del D.Lgs. 105/2022, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, per l'assistenza del proprio familiare Sig..... , nat. a ..... (.....) il ....., persona disabile in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art.3, ed accertata ai sensi dell'art.4 della Legge sopra indicata, rispetto al quale il lavoratore è *(indicare il rapporto familiare con la persona in situazione di disabilità)*

Allega alla presente:

1. Verbale della Commissione Medica rilasciato da ..... il ..... dal quale risulti l'accertamento dello stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare.
2. Dichiarazione di responsabilità e consapevolezza attestante la sussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione del beneficio richiesto da parte del parente/affine entro il secondo grado.
3. Dichiarazione del parente/affine di terzo grado che il coniuge e/o i genitori e/o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età, oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti.

A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza.

Consapevole dell'impegno assunto, degli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per tale assistenza e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, assume formale impegno di comunicare tempestivamente l'eventuale intervenuta variazione della situazione di fatto e di diritto che venisse a determinare la perdita delle agevolazioni richieste con la presente istanza.

Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

Lavello .....

IN FEDE  
Firma digitale

---

ALLEGATO 1

**OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. .... DI PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33, comma 3, L. 104/1992.**

**Dichiarazione di responsabilità e consapevolezza del parente/affine entro il secondo grado attestante la sussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione del beneficio richiesto**

Il/L sottoscritt ..... nat a ..... prov. (...) il ..... ,sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46, 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, con la presente

DICHIARA

che presta assistenza nei confronti del/I Sig. .... nat a ..... prov ( ) il ..... che è in situazione di disabilità grave, come da verbale della Commissione Medica allegato;

che il familiare a cui presta assistenza è ..... ( *indicare parentela/affinità*) ed ha con esso rapporto fiduciario;

che il/I sottoscritt ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3 della L. 104/92;

che il familiare in stato di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e necessita di assistenza da parte del sottoscritto nei giorni richiesti;

di essere a conoscenza che il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art. 33, comma 3, L.104/92 e s.m.i., per l'assistenza del familiare disabile sopra indicato, può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti interessati aventi diritto tra quelli indicati nella predetta norma di legge (essendo venuto meno il principio del "referente unico" a seguito della riforma dell'art. 33, comma3, L.104/92 operata dal D.Lgs. n. 105/2022);

che in presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata norma ne consente la fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona disabile;

che, oltre al sottoscritto, **non beneficiano** dei permessi i seguenti altri familiari/affini tra quelli indicati dalla norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile;

ovvero (*compilare solo in caso di più soggetti beneficiari per l'assistenza alla stessa persona disabile*)

che, oltre al sottoscritto, **beneficiano** dei permessi i seguenti altri familiari/affini tra quelli indicati dalla norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile:

Cognome ..... Nome ..... nat a ..... il ..... in servizio presso .....

Si allega copia del documento di identità del familiare assistito.

Data

IN FEDE-

Firma digitale

ALLEGATO 2

**OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. .... DI PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33, comma 3, L. 104/1992.**

**Dichiarazione del familiare/affine di terzo grado che il coniuge e/o i genitori del disabile hanno compiuto i 65 anni di età oppure sono affetti da patologie invalidanti o sono deceduti o mancanti.**

Il/L sottoscritt .....nat a ..... prov. (.....) il ....., sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46, 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, con la presente

DICHIARA

che presta assistenza nei confronti del/l Sig. .... nat a ..... prov ( ) il ..... che è in situazione di disabilità grave, come da verbale della Commissione Medica allegato;

di essere familiare/affine di terzo grado del Sig. .... essendo (*indicare la parentela/affinità*);

che ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104/92, avendo con l'assistito rapporto fiduciario in quanto il coniuge e/o i genitori del disabile e/o la parte dell'unione civile o del convivente di fatto hanno compiuto i 65 anni di età oppure sono affetti da patologie invalidanti o sono deceduti o mancanti.

Si allega copia del documento di identità del familiare assistito.

Si allega copia del documento di identità del sottoscritto.

Data

IN FEDE

---

Firma digitale

**Personale ata**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'IIS "G. SOLIMENE"  
Via Aldo Moro, 1 - LAVELLO**

**OGGETTO: Programmazione Mensile di fruizione dei permessi retribuiti L. 104/92.**

**\_L\_ SOTTOSCRITT\_ \_\_\_\_\_ IN SERVIZIO PRESSO  
QUESTO ISTITUTO IN QUALITÀ DI ATA\_\_\_\_\_.**

**CHIEDE**

**AI SENSI DELL'ART.33, COMMA 3, DELLA LEGGE 104/92, DI POTER USUFRUIRE DEI  
PERMESSI RETRIBUITI PER IL MESE DI \_\_\_\_\_ NEI SEGUENTI  
GIORNI/ORE:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

firma digitale \_\_\_\_\_

**Personale docente**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'IIS "G. SOLIMENE"  
Via Aldo Moro, 1 - LAVELLO**

**OGGETTO: Programmazione Mensile di fruizione dei permessi retribuiti L. 104/92.**

**\_L\_ SOTTOSCRITT\_ \_\_\_\_\_ IN SERVIZIO PRESSO  
QUESTO ISTITUTO IN QUALITÀ DI DOCENTE \_\_\_\_\_**

**CHIEDE**

**AI SENSI DELL'ART.33, COMMA 3, DELLA LEGGE 104/92, DI POTER USUFRUIRE DEI  
PERMESSI RETRIBUITI PER IL MESE DI \_\_\_\_\_ NEI SEGUENTI  
GIORNI:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

**Data, \_\_\_\_\_**

**FIRMA  
firma digitale**