

Modulo integrazione istanza benefici L.104 per familiari che vogliono usufruirne alternativamente

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"GIUSEPPE DI VITTORIO"
PALERMO

Oggetto: Integrazione della richiesta di concessione dei benefici ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e ss.mm.ii. per assistenza familiare in situazione di disabilità grave

____ L. ____ sottoscritt _____ -

nat ____ a _____ il _____ residente a _____

(C.A.P. _____) Via _____ n° _____

In servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____

già beneficiario/a dei permessi di cui all'oggetto per assistere il/la proprio/a

(indicare il rapporto di coniugio/parentela/affinità)

le cui generalità sono di seguito indicate:

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ prov.()

cod. fiscale _____ residente a _____

in via _____ n. _____ C.A.P. _____

al fine dell'integrazione della richiesta di concessione dei benefici di cui all'oggetto, già prodotta a codesta Amministrazione, volta a fornire ulteriori dichiarazioni in virtù delle modifiche dell'art. 33, c. 3, L. 104/92 operate dal D.lgs 105/22

consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/200;

D I C H I A R A

1. di essere a conoscenza che

- Il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art. 33, comma 3, L. 104/92 e ss.mm.ii. per l'assistenza del familiare disabile suindicato, 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, comma 3, L. 104/92 operata dal D.lgs n. 105/2022);
- In presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata disposizione ne consente la fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona disabile;

2. che oltre al sottoscritto, beneficiano dei permessi di cui sopra il seguente altro familiare tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile grave:

Cognome _____ Nome _____

nat ____ a _____ prov. () il _____

Codice Fiscale _____ grado di parentela con il disabile _____

Se lavoratore dipendente indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro _____

Con sede lavorativa _____ in qualità di _____

1. di impegnarsi a comunicare i nominativi di eventuali altri soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra;
2. che frazionerà alternativamente il godimento dei permessi retribuiti con gli altri beneficiari, al fine del rispetto del limite dei 3 giorni mensili totali fruibili;
3. che, nei giorni in cui usufruirà dei permessi mensili retribuiti in argomento, nessun altro familiare avente diritto (compreso l'altro genitore nel caso di assistenza ai figli disabili) beneficerà della stessa tipologia di permesso, né del congedo straordinario retribuito di cui all'art. 42 del D.lgs n. 151/2001 e ss.mm.ii. e del congedo di cui all'art. 4, comma 2, L. n. 53/2000, per assistere la stessa persona in situazione di disabilità grave;
4. di essere consapevole che l'amministrazione potrà eseguire controlli volti alla verifica delle dichiarazioni sostitutive rilasciate ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

A tal fine allega:

1. **Copia del documento di identità** in corso di validità del dipendente dichiarante;
☐ **Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 28.12.2000 n. 445 sottoscritta da tutti i soggetti che beneficeranno dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3 della Legge 104/92 e ss.mmi.i. per potere assistere il familiare in condizione di disabilità grave alternativamente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi.**

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs 196/2003 al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro..

Il/la Dichiarante

Luogo e Data _____
