All. 2

Al Dirigente Scolastico

I.C. Moro-Lamanna di Mesoraca (KR)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____il _____residente a _____ in Via _____ C.F. _____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica, chiede alla S.V. ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992 e successive modifiche, di essere ammesso alla fruizione del beneficio retribuito di 3 giorni mensili, a.s. 2025-26

- per se stesso
- per l'assistenza del proprio familiare, come accertato dalla Commissione Medica di _____ in data_____Sig./ra_____nato/a a _____il _____ C.F. _____ residentea_____ in Via _____ _____con il quale è nella seguente relazione di parentela _____, portatore di handicap in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art. 4 della Legge 104/92.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

dichiara che

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- che anche i seguenti familiari sono referenti e che usufruiscono dei permessi lavorativi ai sensi della legge 104/92 e del DLgs 30 giugno 2022, n. 105 e messaggio INPS n° 3096 del 05 agosto 2022:

- Sig./ra _____nato/a a_____ (Prov____) C.F_____residente_____(Prov_____)
-Sig./ra _____nato/a a_____ (Prov____) C.F_____residente_____(Prov_____)

- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere perl'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste dalla Legge 183/2010 e dal punto 3 della circolare INPS del 3 dicembre 2010 n. 155;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Si allega:

-copia del verbale 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;

-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 vengono indicati i familiari che debbono prestare l'assistenza prevista dai termini di legge

-copia documento di riconoscimento del soggetto in situazione di disabilità grave

-dichiarazione di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 degli altri componenti il nucleo familiare del soggetto in situazione di disabilità grave e relativi documenti di riconoscimento

-dichiarazione di responsabilità inerente alla richiesta fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92.

Il sottoscritto, nel caso dell'esistenza di più referenti, si impegna a dichiarare ogni volta nelle note del modulo di richiesta del giorno di permesso, ai sensi e per gli effetti degli art. 75 e 76 del DPR 445/2000 relativi alle dichiarazioni mendaci, che nella stessa giornata di permesso altri aventi diritto non usufruiscono dello stesso beneficio e che nel mese i permessi richiesti dai referenti non superano cumulativamente i tre giorni consentiti e s'impegna, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, a comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

_____, _____

In Fede _____