

Al Dirigente Scolastico  
IC "M. Carlucci" - Baragiano  
prof. Lorenzo Rispoli

**Oggetto:** Richiesta benefici, ex legge 104/1992

Il/lì sottoscritt \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )

qualifica \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto Istituto

### CHIEDE

di essere ammesso/a per l'anno scolastico 2023/2024 alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, ai sensi dell'articolo 33, comma 3, della legge n. 104/1992 e s.m.i. per prestare assistenza alla seguente persona:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n.

Grado di parentela/affinità \_\_\_\_\_

Qualora il grado di parentela/affinità è di terzo grado, barrare le caselle di interesse:

- Mancanza/decesso genitore/coniuge/parte unione civile/convivente di fatto
- Compimento del 65° anno di vita di: genitore/coniuge/parte unione civile/convivente di fatto
- Presenza di patologie gravi invalidanti di: genitore/coniuge/parte unione civile/convivente di fatto

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 il familiare è in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dalla Commissione medica dell'A.S.L. che si allega;
- che il giudizio di gravità della condizione di disabilità del familiare non è stato revocato;
- che il sottoscritto assiste con continuità il familiare;
- che il sottoscritto assiste il familiare disabile
  - in via esclusiva
  - non in via esclusiva: indicare eventuali altri beneficiari, specificando per ciascuno:
    - nome/cognome/data di nascita/datore di lavoro/luogo di lavoro

- che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno presso strutture pubbliche o private;
- che il familiare da assistere è:
  - convivente
  - non è convivente e la distanza stradale tra la residenza del sottoscritto e il familiare assistito:
    - è inferiore ai 150 km.
    - è superiore ai 150 km. In tal caso è informato che per usufruire dei permessi mensili occorre produrre un titolo di viaggio o altra documentazione idonea che attesti il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito
- a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita del familiare assistito.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazioni della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione al beneficio, consapevole che la mancata comunicazione costituisce un'ipotesi di illecito penale, civile e amministrativo.

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge 104/1992.

Firma