



Direzione Didattica 54° Circolo di Napoli
"M. Scherillo"
Via Stanislao Manna, 23 – 80126 NAPOLI
cod. fisc. 80025220635
cod. mecc. naee05400b
tel. 0817672642
mail: naee05400b@istruzione.it
pec: naee05400b@pec.istruzione.it
sito web : <http://www.scherillo54cd.edu.it>



RICHIESTA BENEFICI L. 104/1992

(permessi retribuiti per l'assistenza ai familiari portatori di handicap in situazione di gravità)

QUADRO A	RICHIEDENTE
Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____	
nato/a a _____ Prov.(____) il ____ / ____ / ____ residente a _____	
in via _____ n. _____ e domiciliato a _____	
in via _____ n. _____ (se il domicilio è diverso dalla residenza)	
recapito telefonico _____ e-mail _____ @ _____	
<input type="checkbox"/> a tempo pieno <input type="checkbox"/> a tempo parziale <input type="checkbox"/> verticale <input type="checkbox"/> orizzontale con percentuale _____ %	
con il profilo professionale di _____	

(consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero. (Art. 76 del DPR 445/2000 "Norme penali- Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia")

Data _____

FIRMA DEL/ DELLA RICHIEDENTE

.....



Direzione Didattica 54° Circolo di Napoli
 "M. Scherillo"
 Via Stanislao Manna, 23 – 80126 NAPOLI
 cod. fisc. 80025220635
 cod. mecc. naee05400b
 tel. 0817672642
 mail: naee05400b@istruzione.it
 pec: naee05400b@pec.istruzione.it
 sito web : <http://www.scherillo54cd.edu.it>



CHIEDE

di fruire dei benefici di cui all'art. 33 della Legge 104/1992

QUADRO B | PARENTE ESISTENTE IN VITA CON HANDICAP GRAVE

Nome e Cognome _____

nato/a a _____ Prov.() il ____ / ____ / ____ residente a _____

in via _____ n°. _____ e domiciliato a _____

in via _____ n°. _____ il cui grado di parentela rispetto al richiedente

risulta essere : _____ (in caso di affidamento/adozione) ingresso in famiglia ____ / ____ / ____

portatore di handicap grave, accertato con verbale definitivo dalla ASL di _____ in data ____ / ____ / ____ (da allegare)

(altro) _____

non ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa

non impegnato in attività lavorativa
 ovvero

impegnato in attività lavorativa presso _____

NON beneficiario a proprio titolo dei permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/1992
 ovvero

beneficiario a proprio titolo dei benefici di cui all'art. 33 nella misura di: _____

Dichiara di voler essere assistito da:

_____, quale referente unico per la fruizione dei permessi mensili di cui alla legge n. 104/1992
 Ovvero

_____, quale referente per la fruizione dei permessi mensili di cui alla legge n. 104/1992, **fermo restando il limite complessivo di tre giorni al mese**, in alternativa con _____, (come da modifiche apportate dal D.lgs. n. 105/2022), nato il _____, il cui grado di parentela rispetto al disabile e risulta essere _____, impiegato presso _____,

(indicare l'azienda con relativi recapiti via, numero di telefono, mail ecc.)

N.B. Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano

Data _____

FIRMA DEL/ DELLA RICHIEDENTE

.....



Direzione Didattica 54° Circolo di Napoli
 "M. Scherillo"
 Via Stanislao Manna, 23 – 80126 NAPOLI
 cod. fisc. 80025220635
 cod. mecc. naee05400b
 tel. 0817672642
 mail: naee05400b@istruzione.it
 pec: naee05400b@pec.istruzione.it
 sito web : <http://www.scherillo54cd.edu.it>



Affini di terzo grado: cognati – nipoti del coniuge – bisnonni

<u>Nome e cognome</u>	<u>Residenza Domicilio</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Rapporto di parentela (con il parente disabile)</u>	<u>Azienda con recapiti (via, numero di telefono, mail)</u>

(ferma restando la possibilità di autocertificazione, ai fini di agevolare la tempistica dell'istruttoria, si consiglia di presentare la dichiarazione del datore di lavoro che certifichi la non fruizione del beneficio)

N.B. Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano

Il/la sottoscritto/a dichiara che non esistono altri parenti lavoratori al di fuori di quelli su indicati

Data _____

FIRMA DEL/ DELLA RICHIEDENTE

.....

QUADRO E	FIGLI MINORI
<p>Il/la sottoscritta richiede di avvalersi del beneficio nella misura di :</p> <p>3 giorni di permesso mensile</p> <p><input type="radio"/> I permessi verranno fruiti dal solo sottoscritto genitore</p> <p><i>(Allegare la dichiarazione del datore di lavoro dell'altro coniuge in cui si evidenzia la non fruizione del benefici)o</i></p> <p><input type="radio"/> I permessi verranno fruiti alternativamente da entrambi i genitori</p> <p><i>(In caso di fruizione congiunta si precisa che ogni mese dovrà essere inviata certificazione delle assenze fruito dall'altro genitore)</i></p> <p><u>Eventuali ulteriori precisazioni utili:</u> _____</p>	

Data _____

FIRMA DEL/ DELLA RICHIEDENTE

.....



Direzione Didattica 54° Circolo di Napoli
"M. Scherillo"
Via Stanislao Manna, 23 – 80126 NAPOLI
cod. fisc. 80025220635
cod. mecc. naee05400b
tel. 0817672642
mail: naee05400b@istruzione.it
pec: naee05400b@pec.istruzione.it
sito web : <http://www.scherillo54cd.edu.it>



QUADRO F

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' PER EVENTUALI SUCCESSIVE MODIFICHE

Il/la sottoscritto/a **si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni** delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL
- qualunque altra informazione o variazione che potrebbe comportare una modifica al beneficio di cui alla Legge 104/1992 e SMEI
- la presenza di altri familiari che, alternandosi con il dipendente richiedente, beneficiano dei permessi della legge 104/92, come previsto dalle modifiche apportate dalla approntate dal D.lgs. n. 105/2022) **fermo restando il limite complessivo di tre giorni al mese**

Inoltre, in seguito alle modifiche apportate dal D.lgs. n. 105/2022 che ha introdotto la possibilità "fermo restando il limite complessivo di 3 giorni, per l'assistenza allo stesso individuo con disabilità in situazione di gravità, il diritto può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti legittimati, che possono fruirne in via alternativa tra loro".

Pertanto il/la sottoscritto/a **si impegna a comunicare ad ogni richiesta il numero complessivo di giorni già usufruiti da tutti i soggetti legittimati, specificando data e soggetto beneficiario,** al fine di consentire, a questa amministrazione, di verificare il mancato superamento del limite complessivo di 3 giorni mensili.

SOTTOSCRIZIONE DELLE DICHIARAZIONI SUCCITATE

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

Dichiara di prendere atto degli articoli 71, 75 e 76 del DPR 445/2000:

"Le Amministrazioni sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive"

"Qualora dal controllo emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici"

"Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

L'Amministrazione, anche attraverso altri organi istituzionali (INPS, Guardia di Finanza, Carabinieri, Polizia, Comune, ecc.) può avviare controlli idonei al fine di accertare la veridicità di quanto dichiarato

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali per finalità strettamente connesse con l'esecuzione della legge n. 104/1992

Data _____

FIRMA DEL/ DELLA RICHIEDENTE

.....



Direzione Didattica 54° Circolo di Napoli
"M. Scherillo"
Via Stanislao Manna, 23 – 80126 NAPOLI
cod. fisc. 80025220635
cod. mecc. naee05400b
tel. 0817672642
mail: naee05400b@istruzione.it
pec: naee05400b@pec.istruzione.it
sito web : <http://www.scherillo54cd.edu.it>



Alla presente richiesta, il dipendente dovrà allegare i seguenti documenti:

- 1) il verbale della commissione medica competente ASL dal quale risulti l'accertamento della situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92, nonché la rivedibilità o non rivedibilità della situazione di gravità.
- 2) Codice fiscale e carta d'identità del disabile
- 3) Codice fiscale e carta d'identità dei soggetti legittimati che usufruiscono in alternativa tra loro del diritto