Istanza per il riconoscimento dei benefici ex art. 33 legge 104/1992 e ss.mm.ii. **modulo A**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____

Il/la sottoscritto/a [_____]
Nato/a a [Luogo] il [GG/MM/AAAA] — C.F. [Codice Fiscale]
In servizio presso questo Istituto [ ]in qualità di:

[ ] **Docente** — Classe di concorso: [_____] — Corso: [_] Diurno [_] Serale

[ ] **Personale A.T.A.** — Profilo professionale: [_____]
Tipo di contratto: [ ] Tempo Indeterminato [ ] Tempo Determinato fino al [_____]

CHIEDE

l'ammissione ai benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/1992 (3 giorni di permesso mensile retribuito), dichiarando a tal fine le seguenti informazioni ai sensi del D.P.R. 445/2000:

CASO 1: Richiesta per se stesso (Disabilità personale - art. 33, comma 6)

- [ ] Di essere in possesso del riconoscimento di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3, L. 104/92), come da **verbale della Commissione Medica** allegato alla presente.

CASO 2: Richiesta per assistenza a un familiare (Caregiver - art. 33, comma 3)

- [ ] Di prestare assistenza al Sig./Sra [_____], nato/a _____ il [_____], in qualità di (_____): es. Genitore / Coniuge / Figlio].

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

1. Che il familiare assistito è in possesso del verbale di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3, L. 104/92) emesso dalla Commissione Medica in data [_____] (si allega copia).
2. Di aver già presentato regolare domanda telematica all'INPS in data [_____] con protocollo n. [_____] (si allega copia della ricevuta INPS).

3. Che il disabile non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati o strutture sanitarie ospedaliere.
    - *Nota esplicativa per il personale: Per "ricovero a tempo pieno" si intende la degenza h24 presso strutture ospedaliere o sanitarie (come RSA e SRA) che garantiscono assistenza medica e infermieristica continuativa a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.*
    - *Eccezioni ammesse: Il diritto alla fruizione dei permessi permane qualora il ricovero sia a tempo parziale (es. Centri Diurni, Day Hospital), presso strutture puramente socio-assistenziali (es. Case di Riposo, Case Famiglia), oppure nel caso in cui la stessa struttura sanitaria certifichi formalmente la necessità del supporto e dell'assistenza da parte del familiare lavoratore.*
      (Se il familiare è inserito in una struttura, specificare:

4. Di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento esclusivo per l'assistenza al disabile e si impegna a comunicare tempestivamente (entro 30 giorni) qualsiasi variazione delle condizioni di fatto e di diritto (es. decesso, revoca del verbale, ricovero).
5. Che nessun altro familiare fruisce dei permessi per lo stesso disabile nelle stesse giornate, nel pieno rispetto del principio di condivisione dell'assistenza (D.Lgs. 105/2022).

Nota relativa ai controlli della Segreteria (Art. 71 D.P.R. 445/2000): L'Amministrazione scolastica è tenuta a effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dal personale. A tal fine, l'ufficio di segreteria procederà alla verifica d'ufficio dei dati dichiarati tramite consultazione diretta delle banche dati dell'INPS o richiedendo conferma formale alle strutture sanitarie indicate. Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni mendaci comporta la decadenza immediata dai benefici, l'avvio di procedimenti disciplinari e la segnalazione alle autorità competenti ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE:

- Copia del Verbale della Commissione Medica ASL/INPS (Art. 3, comma 3).
- Ricevuta di trasmissione telematica della domanda INPS con relativo protocollo.
- Copia del documento di identità del richiedente (e del familiare se assistito).

Luogo e data:

IL/LA DIPENDENTE
(Firma per esteso)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA

- **Data di ricezione:** [_____] — **Protocollo n.** [_____]
- **Verifica documentale:** [ ] Verbale conforme (Art. 3, c. 3) [ ] Ricevuta INPS presente

Provvedimento: Si predispone il Decreto di Autorizzazione del Dirigente Scolastico