

Al Dirigente dell'I.I: S.S. di  
Lercara Friddi

OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 - Dipendente portatore di handicap grave.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso  
\_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, dichiarato/a dalla competente ASL portatore di handicap in  
situazione di gravità, ai sensi della legge n.104/92 e successive modificazioni ed integrazioni

CHIEDE

la riduzione di due ore dell'orario giornaliero di servizio, effettuando il seguente orario settimanale di lavoro:

OVVERO

la fruizione di n.3 giorni di permesso mensile o, in alternativa, di n.18 ore di permesso mensile.

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere necessità delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità e si impegna a comunicare il venir meno dei requisiti che hanno dato luogo alla concessione dei permessi retribuiti.

Allega copia del verbale della competente ASL, attestante lo stato di portatore/trice di handicap grave.

Data

Firma

Al Dirigente dell'I.I.S.S. di Lercara Friddi

OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 – assistenza figli.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso

\_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_

CHIEDE

la concessione dei permessi retribuiti previsti dall'art.33 della legge n.104/92, al fine di poter assistere il/la figlio/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara

- che il/la figlio/a non è ricoverato/a a tempo pieno
- che l'altro genitore \_\_\_\_\_:

1) è lavoratore dipendente presso \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_

- che NON fruisce dei permessi legge 104/92;
  - che fruirà alternativamente dei permessi, di cui il sottoscritto si impegna a darne comunicazione all'Amministrazione.
- 2) che l'altro genitore svolge lavoro autonomo
- 3) che l'altro genitore non svolge attività lavorativa.

Dichiara altresì:

1. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni in maniera continuativa ed esclusiva;
2. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
3. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
4. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

ALLEGA

Verbale della competente ASL attestante lo stato di handicap in situazione di gravità.

Data

Firma

Al Dirigente dell'I.I.S.S. di Lercara Friddi

OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 – assistenza parenti/affini.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso  
\_\_\_\_\_ In qualità di  
\_\_\_\_\_

CHIEDE

la concessione dei permessi retribuiti previsti dall'art.33 della legge n.104/92, al fine di poter assistere il/la proprio/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, parente/affine di grado/ coniuge, codice fiscale \_\_\_\_\_.

A tal fine dichiara:

- che il /la portatore/portatrice di handicap non è ricoverato/a a tempo pieno;
- che il nucleo familiare della persona da assistere è così composto (indicare tutte le persone del nucleo familiare che potrebbero prestare assistenza):
  - 1) \_\_\_\_\_, lavoratore dipendente in servizio presso \_\_\_\_\_; lavoratore autonomo;
  - 2) \_\_\_\_\_, lavoratore dipendente in servizio presso \_\_\_\_\_; lavoratore autonomo;
  - 3) \_\_\_\_\_
- che sarà l'unica persona che usufruirà dei permessi della legge 104/92;

Dichiara altresì:

1. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni in maniera continuativa ed esclusiva;
2. che il disabile risiede a meno di 150 Km dalla residenza del/la sottoscritto/a;
3. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
4. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Allega copia del verbale di riconoscimento dello stato di portatore/trice di handicap in situazione di gravità

Data

Firma

OGGETTO: richiesta di fruizione provvisoria dei benefici legge 104/92.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
servizio presso \_\_\_\_\_ In \_\_\_\_\_ qualità \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CHIEDE

la **concessione provvisoria** dei permessi retribuiti previsti dall'art.33 della legge n.104/92, al fine di poter assistere il/la proprio/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, parente/affine di \_\_\_\_\_ grado (ovvero coniuge o figlio/a), codice fiscale \_\_\_\_\_.

A tal fine dichiara:

- che il /la portatore/portatrice di handicap non è ricoverato/a a tempo pieno;
- che il nucleo familiare della persona da assistere è così composto:
  - 1) \_\_\_\_\_, lavoratore dipendente in servizio presso \_\_\_\_\_; lavoratore autonomo;
  - 2) \_\_\_\_\_, lavoratore dipendente in servizio presso \_\_\_\_\_; lavoratore autonomo;
  - 3) \_\_\_\_\_
- che sarà l'unica persona che usufruirà dei permessi della legge 104/92;
- che presta assistenza in via continuativa ed esclusiva;
- che la domanda di accertamento della condizione di portatore di handicap grave è stata presentata alla competente ASL in data \_\_\_\_\_

Dichiara altresì:

1. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
2. che il disabile risiede a meno di 150 Km dalla residenza del/la sottoscritto/a;
3. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
4. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare l'esito dell'accertamento dello stato di handicap e, nell'eventualità che non venga riconosciuto grave, si impegna altresì a recuperare i permessi retribuiti fruiti.

Data

Firma

OGGETTO: richiesta di fruizione di congedo retribuito per assistenza figlio.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ dell'Area \_\_\_\_\_

CHIEDE

la concessione del congedo retribuito previsto dall'art.42, comma 5 del Decreto Legislativo 26/03/2001, n.151 e successive modificazioni ed integrazioni, nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, al fine di poter assistere il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, riconosciuto/a portatore/rice di handicap in situazione di gravità con verbale ASL/INPS che si allega (o già in possesso di codesta Amministrazione).

A tal fine dichiara:

- che il/la figlio/a portatore/trice di handicap in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
- che il/la padre/madre, lavoratore/trice dipendente presso \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_, durante il suddetto periodo di congedo non usufruirà dei permessi ex art.33 della legge 104/92;

Dichiara altresì:

1. di essere convivente con il/la figlio/a
2. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni in maniera continuativa ed esclusiva;
3. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
4. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Data

Firma

OGGETTO: richiesta di fruizione di congedo retribuito per assistenza fratello/sorella.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso  
\_\_\_\_\_ In qualità di  
\_\_\_\_\_

CHIEDE

la concessione del congedo retribuito previsto dall'art.42, comma 5 del Decreto Legislativo 26/03/2001, n.151 e successive modificazioni ed integrazioni, nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, al fine di poter assistere il/la proprio/a fratello/sorella \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, riconosciuto/a portatore/rice di handicap in situazione di gravità con verbale ASL/INPS che si allega (o già in possesso di codesta Amministrazione).

A tal fine dichiara:

- di essere convivente con il/la fratello/sorella portatore/trice di handicap in situazione di gravità;
- che i genitori \_\_\_\_\_ sono impossibilitati a provvedere all'assistenza del/la figlio/a perché totalmente inabili. Allega nel merito copia dei verbali ASL attestanti l'invalidità totale dei genitori;
- che il/la fratello/sorella portatore/trice di handicap in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
- che entrambi i genitori sono deceduti;

Dichiara altresì:

1. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni in maniera continuativa ed esclusiva;
2. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
3. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
4. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Data

Firma

Alla Dirigente dell'I.I.S.S. di Lercara Friddi

OGGETTO: richiesta di fruizione di congedo retribuito per assistenza coniuge.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso  
\_\_\_\_\_, in qualità di  
\_\_\_\_\_,  
CHIEDE

la concessione del congedo retribuito previsto dall'art.42, comma 5 del Decreto Legislativo 26/03/2001, n.151 e successive modificazioni ed integrazioni, nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, al fine di poter assistere il/la proprio/a coniuge \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, riconosciuto/a portatore/rice di handicap in situazione di gravità con verbale ASL/INPS che si allega (o già in possesso di codesta Amministrazione).

Dichiara:

- che il coniuge portatore/trice di handicap in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni in maniera continuativa ed esclusiva;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Data

Firma



OGGETTO: richiesta di fruizione di congedo retribuito per assistenza genitore.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso  
\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

CHIEDE

la concessione del congedo retribuito previsto dall'art.42, comma 5 del Decreto Legislativo 26/03/2001, n.151 e successive modificazioni ed integrazioni, nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, al fine di poter assistere il genitore \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, riconosciuto/a portatore/rice di handicap in situazione di gravità con verbale ASL/INPS che si allega (o già in possesso di codesta Amministrazione).

Dichiara:

- 1) di essere convivente con il genitore (allega autocertificazione);
- 2) che il genitore portatore/trice di handicap in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
- 3) di essere convivente con il genitore portatore di handicap in situazione di gravità;
- 4) di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni in maniera continuativa ed esclusiva;
- 5) di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 6) di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
- 7) di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Data

Firma