



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO STATALE
"GIORDANI – STRIANO"**

VIA CARAVAGGIO, 184 – 80126 NAPOLI – TEL. 081644553 – FAX 0812472312
Dist. Scol. n. 40 – Ambito 12 – Cod. Mec. NATF05000N
www.ittgiordanistranonapoli.edu.it
Email: natf05000n@pec.istruzione.it – natf05000n@istruzione.it –
c.f.80023820634 - CODICE IPA: UFM5ED



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 rilasci 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

.....



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO STATALE
"GIORDANI – STRIANO"**

VIA CARAVAGGIO, 184 – 80126 NAPOLI – TEL. 081644553 – FAX 0812472312
Dist. Scol. n. 40 – Ambito 12 – Cod. Mec. NATF05000N
www.ittgiordanistrianonapoli.edu.it
Email: natf05000n@pec.istruzione.it – natf05000n@istruzione.it –
c.f.80023820634 - CODICE IPA: UFM5ED



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) _____	
<input type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa	
<input type="checkbox"/> non impegnato in attività lavorativa ovvero	
<input type="checkbox"/> impegnato in attività lavorativa presso _____	
<input type="checkbox"/> NON beneficiario a proprio titolo dei permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/1992 ovvero	
<input type="checkbox"/> beneficiario a proprio titolo dei benefici di cui all'art. 33 nella misura di: _____	
Dichiara di voler essere assistito da:	
<input type="checkbox"/> _____, quale referente unico per la fruizione dei permessi mensili di cui alla legge n. 104/1992 Ovvero	
<input type="checkbox"/> _____, 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

.....



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO STATALE
"GIORDANI – STRIANO"**

VIA CARAVAGGIO, 184 – 80126 NAPOLI – TEL. 081644553 – FAX 0812472312

Dist. Scol. n. 40 – Ambito 12 – Cod. Mec. NATF05000N

www.ittgiordanistrianonapoli.edu.it

Email: natf05000n@pec.istruzione.it – natf05000n@istruzione.it –

c.f.80023820634 - CODICE IPA: UFM5ED



QUADRO C

DICHIARAZIONE E COMPOSIZIONE COABITATIVA DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE

(non compilare in caso di figli minori con handicap ovvero solo nel caso di assenza dei genitori del minore)

Il/la sottoscritto/a dichiara

1. di assumere il ruolo e la connessa responsabilità di porsi quale punto di riferimento della gestione generale dell'intervento, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della rispondenza ai bisogni dell'assistito (Consiglio di Stato n° 5078/2008)
2. di assumersi la responsabilità relativa all'effettiva opera d'assistenza prestata al parente disabile

Inoltre dichiara che:

nessun soggetto convive con il parente disabile

Ovvero

il portatore di handicap convive con i seguenti soggetti (esclusi i familiari minori) per cui la composizione coabitativa presso cui risiede la persona disabile risulta essere:

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

3. il sottoscritto dichiara di non fruire del beneficio di cui alla Legge per altro soggetto disabile
ovvero

di fruire dal _____ dei permessi di cui alla Legge 104/1992 per il parente _____ (nome e grado di parentela)

Data _____

FIRMA DEL/ DELLA RICHIEDENTE

.....



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO STATALE
"GIORDANI – STRIANO"**

VIA CARAVAGGIO, 184 – 80126 NAPOLI – TEL. 081644553 – FAX 0812472312
Dist. Scol. n. 40 – Ambito 12 – Cod. Mec. NATF05000N
www.ittgordanistrianonapoli.edu.it
Email: natf05000n@pec.istruzione.it – natf05000n@istruzione.it –
c.f.80023820634 - CODICE IPA: UFM5ED



QUADRO D

**ELENCO DEI PARENTI ED AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DELLA PERSONA CON HANDICAP
NON LAVORATORI ovvero LAVORATORI PUBBLICI O PRIVATI
CHE POTREBBERO, QUINDI, BENEFICIARE DEI PERMESSI DELLA LEGGE 104/92**

(non compilare in caso di figli minori con handicap ovvero solo nel caso di assenza dei genitori del minore)

Coniuge o Parenti di primo grado: figli e genitori

<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>

Parenti di secondo grado: fratelli e sorelle – nipoti (figli dei figli) e nonni

<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>

Parenti di terzo grado: zii (fratelli/sorelle dei genitori) - nipote (figli dei fratelli/sorelle) – bisnonni e bisnipoti

<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>

Affini di primo grado: suoceri – figli del coniuge

<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>

Affini di secondo grado: nuore e generi

<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>



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO STATALE
"GIORDANI – STRIANO"**

VIA CARAVAGGIO, 184 – 80126 NAPOLI – TEL. 081644553 – FAX 0812472312
Dist. Scol. n. 40 – Ambito 12 – Cod. Mec. NATF05000N
www.itteggiordanistrianonapoli.edu.it
Email: natf05000n@pec.istruzione.it – natf05000n@istruzione.it –
c.f.80023820634 - CODICE IPA: UFM5ED



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 numero di telefono, indirizzo</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

Il/la sottoscritta richiede di avvalersi del beneficio nella misura di :

3 giorni di permesso mensile

I permessi verranno fruiti dal solo sottoscritto genitore

(Allegare la dichiarazione del datore di lavoro dell'altro coniuge in cui si evidenzia la non fruizione del beneficio)

I permessi verranno fruiti alternativamente da entrambi i genitori

(In caso di fruizione congiunta si precisa che ogni mese dovrà essere inviata certificazione delle assenze fruiti dall'altro genitore)

Eventuali ulteriori precisazioni utili: _____

Data _____

FIRMA DEL/ DELLA RICHIEDENTE

.....



ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO STATALE
"GIORDANI – STRIANO"

VIA CARAVAGGIO, 184 – 80126 NAPOLI – TEL. 081644553 – FAX 0812472312

Dist. Scol. n. 40 – Ambito 12 – Cod. Mec. NATF05000N

www.ittgiordanistrianonapoli.edu.it

Email: natf05000n@pec.istruzione.it – natf05000n@istruzione.it –

c.f.80023820634 - CODICE IPA: UFM5ED



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 legge 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 a 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 emerga 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



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO STATALE
"GIORDANI – STRIANO"**

VIA CARAVAGGIO, 184 – 80126 NAPOLI – TEL. 081644553 – FAX 0812472312

Dist. Scol. n. 40 – Ambito 12 – Cod. Mec. NATF05000N

www.ittgiordanistrionapoli.edu.it

Email: natf05000n@pec.istruzione.it – natf05000n@istruzione.it –

c.f.80023820634 - CODICE IPA: UFM5ED



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