



MODELLO: RICHIESTA DI PERMESSI LEGGE 104/92

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

---

**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 attestante lo stato di portatore/trice di handicap grave.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

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

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;
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

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

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

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;
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 \_\_\_\_\_, in servizio presso  
\_\_\_\_\_, Categoria \_\_\_\_\_ dell'Area  
\_\_\_\_\_

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  
\_\_\_\_\_, Categoria \_\_\_\_\_ 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 prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
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

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso  
\_\_\_\_\_, Categoria \_\_\_\_\_ 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 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 entrambi i genitori sono deceduti;

Dichiara altresì:

1. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
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

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

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

- 1) di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- 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

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso  
\_\_\_\_\_, Categoria \_\_\_\_\_ 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 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 prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- 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