



**ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO
PER I SERVIZI COMMERCIALI, TURISTICI E SOCIALI
"E. FALCK"**

Sede: 20099 SESTO SAN GIOVANNI - Via Balilla, 50 - Tel.02/22470857
Sede coordinata: 20092 CINISELLO BALSAMO - Via G. di Vittorio, 1 - Tel.02/6181235
Sede coordinata: 20093 COLOGNO MONZESE - Via Leonardo da Vinci, 1 - Tel.02/25410494
Cod. Fisc. 85016430150 e-mail:mirc12000g@istruzione.it sito web: <http://www.ipfalck.edu.it>

**MODULO RICHIESTA PERMESSI Legge 104/92
(per assistenza familiare)**

**Al Dirigente Scolastico
IPS ENRICO FALCK**

OGGETTO: comunicazione della richiesta permessi ai sensi della L.104/92

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov.(____) il _____

In servizio presso _____ in qualità di Docente/ATA a tempo
determinato/indeterminato

CHIEDE

Di beneficiare

- dei permessi previsti dall'art.33 comma 3
- del congedo biennale dal _____ al _____

DICHIARA

Sotto la **propria personale responsabilità** ai sensi degli art.46,47 del DPR 445/2000

Consapevole che ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso(...) nei casi previsti dal presente TU è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

(barrare le caselle che interessano)

- Che presta assistenza nei confronti di _____

Nato/a a _____ prov. (____) il _____

Residente a _____ in Via _____

n. _____ che è in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato

- Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela _____
- che il sottoscritto è l'unico familiare che presta assistenza
- che il sottoscritto non è l'unico familiare che presta assistenza
- Che i seguenti familiari (fratelli – coniuge – altro) _____

_____ assi
stano il familiare in modo continuativo.

- Che il familiare in stato di disabilità grave per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo da parte del/della sottoscritto/a.



**ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO
PER I SERVIZI COMMERCIALI, TURISTICI E SOCIALI
"E. FALCK"**

Sede: 20099 SESTO SAN GIOVANNI - Via Balilla, 50 - Tel.02/22470857

Sede coordinata: 20092 CINISELLO BALSAMO - Via G. di Vittorio, 1 - Tel.02/6181235

Sede coordinata: 20093 COLOGNO MONZESE - Via Leonardo da Vinci, 1 - Tel.02/25410494

Cod. Fisc. 85016430150 e-mail:mirc12000g@istruzione.it sito web: <http://www.ipfalck.edu.it>

- Che pur avendo un grado di parentela/affinità di **terzo grado** il familiare **non ha** genitori o coniuge che lo possano assistere perché:
 - **mancanti**
 - **affetti da patologie invalidanti (documentate)**
 - **ultrasessantacinquenni**

A tal fine dichiara che il sottoscritto è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità e adeguatezza. Consapevole dell'impegno assunto e degli oneri che la Pubblica Amministrazione sopporta per tale assistenza e delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci, assume formale impegno di comunicare tempestivamente l'eventuale intervenuta variazione della situazione di fatto e di diritto che venisse a determinare la perdita delle agevolazioni richieste con la presente istanza. Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio*

* solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km

allega:

- copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autenticata dello stesso
- certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° di parentela o affinità (ALLEGATO 1)
- dichiarazione degli altri familiari entro il secondo grado (o terzo nei casi previsti) che assistono il disabile (eventuale)
- copia del proprio documento di identità
- copia del documento di identità del familiare assistito

Data _____

In fede

Y **SI AUTORIZZA**

Y **NON SI AUTORIZZA**

Il Dirigente Scolastico



**ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO
PER I SERVIZI COMMERCIALI, TURISTICI E SOCIALI
"E. FALCK"**

Sede: 20099 SESTO SAN GIOVANNI - Via Balilla, 50 - Tel.02/22470857

Sede coordinata: 20092 CINISELLO BALSAMO - Via G. di Vittorio, 1 - Tel.02/6181235

Sede coordinata: 20093 COLOGNO MONZESE - Via Leonardo da Vinci, 1 - Tel.02/25410494

Cod. Fisc. 85016430150 e-mail:mirc12000q@istruzione.it sito web: <http://www.ipfalck.edu.it>

**OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 2024/25 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON
DISABILITÀ GRAVE –ART. 33 L. 104/1992**

Dichiarazione che il coniuge e/o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/La sottoscritt _____ nat a _____ prov. () il _____, familiare con
disabilità grave, con la presente comunica che il/la Sig. _____ affinità _____
(specificare la relazione di parentela o affinità), ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici
previsti dall'art. 33 della L. 104\92, ed ai sensi della legge n. 15/68 eDPR n. 445/2000

DICHIARA

che il/la Sig./ra _____ è l'unico referente alla propria assistenza, alla quale si dedica in
maniera e in forma e continuativa e che il sottoscritto ha con esso rapporto fiduciario in quanto il proprio
coniuge e/o i genitori:

-sbarrare la casella che interessa

- hanno superato i 65 anni di età
- sono affetti da patologie invalidanti
- sono deceduti
- sono mancanti

Si allega documento di identità del sottoscritto.

Data

IN FEDE