



FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per Interventi in materia di edilizia  
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

ISTITUTO COMPRENSIVO  
"DONDIANA"  
CASAL DI PRINCIPE



ISTITUTO COMPRENSIVO

"Don Diana"

Via Cavour, 20 – 81033 Casal di Principe (CE)

C.F. 90033300618 ☎️ Presidenza 081/8162731 📠

tel/fax- 081/8921075

[ceic872001@istruzione.it](mailto:ceic872001@istruzione.it) [ceic872001@pec.istruzione.it](mailto:ceic872001@pec.istruzione.it)



Dipartimento per la programmazione  
Direzione Generale per gli Affari  
Internazionali Ufficio IV



Prot. n. 0003583  
(Uscita)

del 03-09-2021

Al personale docente

Al personale A.T.A.

Al D.S.G.A.

Al sito Web

**Oggetto: Beneficio permessi di cui alla Legge n°104\1992 art. 3 comma 3 per l'a. s. 2021/2022**

Si ricorda al personale interessato alla fruizione dei benefici delle agevolazioni legge 104/92, per l'A. s. 2021/2022, che necessita inoltrare, all'ufficio protocollo, l'istanza presentando apposita documentazione (come da allegati).

Con l'occasione si ricorda, a chi ne usufruisce per altra persona, che i permessi non possono essere utilizzati per l'assistenza durante i ricoveri ospedalieri o in altre strutture diverse dal domicilio. Sono fatti salvi i casi in cui la richiesta sia accompagnata dalla documentazione medica che prescrive tale presenza come necessaria durante il ricovero.

Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, gli interessati dovranno comunicare al dirigente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività lavorative.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria Molinaro

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi  
dell'art 3 comma 2 del D.L. n° 39/1993

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) residente a  
\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in servizio presso  
questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_, a tempo \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 ai sensi :

- Art. 21 [disabilità personale];
- Art. 33 Comma 3 [assistenza ad un parente o affine entro il terzo grado con handicap in situazione di gravità];

in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;

A tal fine, ai sensi delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

### DICHIARA

a. che i dati del familiare da assistere sono i seguenti:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_  
(data adozione/affido) \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov: \_\_\_\_\_)  
Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.  
C.F. \_\_\_\_\_

- b. di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;
- c. che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
- d. che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap come da dichiarazione allegata;
- e. di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445;
- f. che la persona in situazione di handicap di cui si chiede l'assistenza è attualmente vivente;
- g. che i parenti aventi titolo a prestare assistenza continuativa al familiare disabile sono i seguenti:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Allega:

- a. Certificazione dell'ASL di accertamento dell'handicap, attestante la connotazione di gravità.
- b. Dichiarazioni (eventuali) degli altri componenti la famiglia dell'assistito sulle motivazioni oggettive che impediscono l'assistenza alla persona in situazione di handicap e che gli stessi non fruiscono dei benefici della L.104/92 per lo stesso soggetto portatore di handicap.
- c. Copia del documento di identità del richiedente.
- d. Copia del/dei documento/i d'identità degli altri componenti della famiglia dell'assistito.

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguiti, ai sensi del D.lgs 193/ 2003.

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI OGNI SINGOLO COMPONENTE IL NUCLEO FAMILIARE TRANNE IL RICHIEDENTE**

AL Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "Don Diana"  
Casal di Principe (CE)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ )  
residente a \_\_\_\_\_ ( Prov \_\_\_\_\_ ) in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

parente (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_  
del/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR N.445 del 28/12/2000 :

1) di essere

- OCCUPATO
- NON OCCUPATO
- PENSIONATO
- STUDENTE

2) di NON essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, per i seguenti motivi (\*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) di NON avvalersi dei benefici previsti dall'art.33 della Legge 104/92.

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguiti, ai sensi del D.lgs 193/ 2003.

Firma

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DICHIARANTE

(\*) indicare solo motivi oggettivi