



**ISTITUTO COMPRENSIVO
CROPANI SIMERI CRICHI**
Scuola dell'infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado



Sede centrale Via Tommaso Campanella - 88051 Cropani (CZ)

UFF. 0961.965038 PRES. 0961.965135

C. IPA - istic_czic82400e C.M.CZIC82400E C.F. 97035160791 C.U. UFM3P4

Mail: czic82400e@istruzione.it - PEC: czic82400e@pec.istruzione.it - www.iccropani-simericrichi.edu.it

All_2

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Cropani Simeri Crichi

OGGETTO: Istanza di concessione dei permessi di cui all'art. 33, c. 3, L. 104/1992 – assistenza a familiare in situazione di disabilità grave

Sezione 1 – Richiesta

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, C.F. _____, residente a _____,
via _____ n. _____, in servizio presso
questa Istituzione Scolastica in qualità di _____ con contratto a tempo ☐
indeterminato ☐ determinato,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla fruizione dei permessi retribuiti di cui all'art. 33, c. 3, L. 104/1992 per
l'assistenza a: cognome e nome _____ nato/a a _____
il _____, C.F. _____, residente a _____,
via _____ n. _____,

in situazione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, c. 3, L. 104/1992, accertata con:

- ☐ verbale della Commissione medica ex art. 4 L. 104/1992 del _____
- ☐ certificato di valutazione di base INPS (D.Lgs. 62/2024) del _____
- ☐ certificato provvisorio ex art. 2, c. 2, D.L. 324/1993 del _____
con revisione ☐ non prevista ☐ prevista il _____

Modalità di fruizione (solo personale ATA): ☐ giornaliera ☐ oraria (max 18 ore mensili) ☐ mista

Sezione 2 – Dichiarazioni (artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Consapevole delle sanzioni penali (art. 76 D.P.R. 445/2000) e della decadenza dai benefici (art. 75 D.P.R. 445/2000; art. 33, c. 7-bis, L. 104/1992), dichiara:

- di essere legato/a alla persona con disabilità dal seguente rapporto:
 - ☐ genitore ☐ coniuge ☐ parte dell'unione civile ☐ convivente di fatto ☐ parente di ____ grado ☐ affine di ____ grado
 - (solo per il 3° grado) ☐ i genitori o il coniuge, la parte dell'unione civile o il convivente di fatto della persona con disabilità hanno compiuto 65 anni ☐ sono affetti da patologie invalidanti ☐ sono deceduti o mancanti (specificare) _____
- ☐ che la persona con disabilità non è ricoverata a tempo pieno, salvo le eccezioni previste dalle circolari INPS n. 155/2010 e n. 32/2012 (specificare) _____
- ☐ che nessun altro familiare fruisce dei permessi per la stessa persona, **oppure**
☐ che i permessi saranno fruiti in via alternativa, nel limite complessivo di 3 giorni mensili, anche da:



**ISTITUTO COMPRENSIVO
CROPANI SIMERI CRICHI**
Scuola dell'infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado



Sede centrale Via Tommaso Campanella - 88051 Cropani (CZ)

UFF. 0961.965038 PRES. 0961.965135

C. IPA - istc_czic82400e C.M. CZIC82400E C.F. 97035160791 C.U. UFM3P4

Mail: czic82400e@istruzione.it - PEC: czic82400e@pec.istruzione.it - www.iccropani-simericrichi.edu.it

Cognome e nome _____ rapporto con la persona
con disabilità _____

C.F. _____ datore di lavoro (denominazione, indirizzo, tel., e-mail)

(in caso di più beneficiari, ripetere i dati per ciascuno)

In tal caso, si impegna a fruire dei soli giorni residui nel mese.

Sezione 3 – Allegati

- ☐ copia del verbale o certificato (versione omissis), con dichiarazione sostitutiva di conformità all'originale
- ☐ dichiarazione della persona con disabilità (Sezione 4), salvo il caso di minore
- ☐ copia del decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno (se ricorre)
- ☐ copia del documento di identità e C.F. del richiedente e della persona con disabilità
- ☐ dichiarazione di responsabilità e consapevolezza (Sezione 5)

Si impegna a comunicare con congruo preavviso la programmazione mensile dei permessi, secondo quanto indicato nella circolare.

Luogo e data _____

Firma _____



**ISTITUTO COMPRENSIVO
CROPANI SIMERI CRICHI**
Scuola dell'infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado



Sede centrale Via Tommaso Campanella - 88051 Cropani (CZ)

UFF. 0961.965038 PRES. 0961.965135

C. IPA - istc_czic82400e C.M. CZIC82400E C.F. 97035160791 C.U. UFM3P4

Mail: czic82400e@istruzione.it - PEC: czic82400e@pec.istruzione.it - www.iccropani-simericrichi.edu.it

Sezione 4 – Dichiarazione della persona con disabilità

(non compilare in caso di assistenza a un minore)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, C.F. _____, residente a _____,
via _____ n. _____,

☐ in proprio ☐ tramite il tutore / curatore / amministratore di sostegno

_____ (decreto n. _____ del _____),

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara:

- di essere in situazione di disabilità grave accertata con ☐ verbale della Commissione medica ☐ certificato di valutazione di base INPS ☐ certificato provvisorio del _____;
- ☐ di non essere ricoverato/a a tempo pieno;
- ☐ di svolgere attività lavorativa e di fruire dei permessi ex art. 33, c. 6, per sé stesso/a ☐ di non svolgere attività lavorativa;
- di indicare quale/i familiare/i che presta/prestano assistenza, anche in via alternativa:
 - 1) _____ C.F. _____ rapporto _____
 - 2) _____ C.F. _____ rapporto _____

Allega copia del documento di identità e del codice fiscale.

Luogo e data _____

Firma _____

Sezione 5 – Dichiarazione di responsabilità e consapevolezza (Circ. DFP n. 13/2010)

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e che l'Amministrazione può accertare la veridicità e il persistere dei requisiti (art. 71 D.P.R. 445/2000), dichiara:

- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza alla persona con disabilità e che il loro riconoscimento comporta l'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la fruizione delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica giustificato solo dall'effettiva tutela della persona con disabilità;
- di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. 105/2022, il diritto può essere riconosciuto anche ad altri aventi diritto per l'assistenza alla stessa persona, in via alternativa e nel limite complessivo di 3 giorni mensili;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente, e comunque entro 30 giorni, ogni variazione da cui consegua la perdita della legittimazione: ricovero a tempo pieno, revoca o modifica della gravità in sede di revisione, decesso, variazione dei beneficiari;



**ISTITUTO COMPRENSIVO
CROPANI SIMERI CRICHI**
Scuola dell'infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado



Sede centrale Via Tommaso Campanella - 88051 Cropani (CZ)

UFF. 0961.965038 PRES. 0961.965135

C. IPA - istc_czic82400e C.M. CZIC82400E C.F. 97035160791 C.U. UFM3P4

Mail: czic82400e@istruzione.it - PEC: czic82400e@pec.istruzione.it - www.iccropani-simericrichi.edu.it

– ☐ di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____

Firma _____

Informativa sintetica sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, si informa che i dati personali, anche relativi alla salute, sono trattati dall'I.C. Cropani Simeri Crichi, in qualità di titolare del trattamento, esclusivamente per la gestione dei permessi ex L. 104/1992. Il trattamento si fonda sull'adempimento di obblighi di legge e di contratto in materia di lavoro (artt. 6, par. 1, lett. c, e 9, par. 2, lett. b, del Regolamento). I dati sono conservati per il tempo previsto dalla normativa sugli archivi delle pubbliche amministrazioni e possono essere comunicati esclusivamente agli enti competenti (INPS, MEF/NoiPA, organi di controllo). L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento contattando il Responsabile della Protezione dei Dati ai recapiti pubblicati sul sito istituzionale, dove è disponibile l'informativa completa.