

## **RICHIESTA BENEFICI ART. 33 C.3 LEGGE 05.02.1992 n. 104**

Al Dirigente scolastico  
dell'I.I.S. " F. Ferrara" di  
Mazara del Vallo  
email [tpis02600n@istruzione.it](mailto:tpis02600n@istruzione.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
in servizio presso Codesto Istituto con la qualifica di \_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro a  
tempo pieno a tempo \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i per l'assistenza al proprio familiare disabile sotto generalizzato in situazione di gravità

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ avente con il /la sottoscritto/a il

seguinte rapporto di coniugio/ parentela/ affinità:

Genitore

Figlio/a

Coniuge

Convivente

Suocera/o

Parente o affine di II grado (specificare es. nonno-nipote, fratello o sorella, fratello o sorella del coniuge) \_\_\_\_\_

Parente o affine di III grado (specificare es. nipote-zio, bisnipote-bisnonno) \_\_\_\_\_

Altra condizione prevista dalle norme (specificare) \_\_\_\_\_

. nella misura di 3 giorni al mese che saranno richiesti, salvi i casi di emergenza, in giorni della settimana diversi secondo un piano di programmazione mensile

. nella misura di 2 ore al giorno (solo per figlio minore di anni 3 per un orario lavorativo giornaliero pari o superiore alle sei ore)

. nella misura di 1 ora al giorno (solo per figlio minore di anni 3 per un orario lavorativo giornaliero inferiore alle sei ore).

A tal fine il/la sottoscritto/a

### **CONSAPEVOLE**

- che, in caso di dichiarazione mendace, sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del D.P.R.445\00;

- che, fermo restando la verifica dei presupposti per l'accertamento della responsabilità disciplinare, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R.445\00; art.24 L.183/10);

### **DICHIARA**

che la sopra indicata persona sig./ra \_\_\_\_\_ è stata giudicata in stato di handicap in situazione di gravità dalla Commissione (art.4, comma 1, legge 104/92) di \_\_\_\_\_ in data(*data della visita*) \_\_\_\_\_ con revisione in data (*Data scadenza verbale*) \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
( Una sola risposta )

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona con handicap in situazione di gravità;

### **OPPURE**

Che un altro familiare Sig/ra..... nato/a a .....

il .....dipendente presso..... con rapporto di lavoro a tempo \_\_\_\_\_beneficia dei permessi per la stessa persona con handicap in situazione di gravità contestualmente al/alla dichiarante

Che un altro familiare Sig/ra..... nato/a a .....

il .....dipendente presso..... con rapporto di lavoro a tempo \_\_\_\_\_beneficia dei permessi per la stessa persona con handicap in situazione di gravità contestualmente al/alla dichiarante

.....  
( Una sola risposta )

che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno (*Per tempo pieno s'intende il ricovero per tutte le 24 ore*) presso strutture ospedaliere o simili, sia pubbliche che private dove viene assicurata l'assistenza sanitaria continua

**OPPURE**

che la persona disabile in situazione di gravità è ricoverata a tempo pieno presso la struttura \_\_\_\_\_sita in \_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_, che non assicura assistenza sanitaria continuativa;*(Allegare relazione firmata dal legale rappresentante della struttura, pubblica o privata, presso la quale il disabile è ricoverato che documentata analiticamente i servizi prestati dalla struttura stessa ed, in particolare che attesti che tra i servizi prestati dalla struttura non rientra l'accompagnamento e l'assistenza dei ricoverati presso centri pubblici o privati , per effettuare visite specialistiche e/o esami diagnostici disposti dal medico e l' accompagnamento e l' assistenza, se necessario, degli ospiti nelle visite mediche specialistiche)*

**OPPURE**

Che il portatore di handicap, ricoverato a tempo pieno presso la struttura \_\_\_\_\_ che assicura assistenza sanitaria continuativa , ma si trova in stato vegetativo permanente o in stato terminale (*Allegare documentazione medica*)

**OPPURE**

Che il minore portatore di handicap, ricoverato a tempo pieno, ha bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare (*Allegare documentazione medica*)

\*\*\*\*\*

**(Parte riservata esclusivamente ai richiedenti il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i per l'assistenza al proprio familiare disabile in situazione di gravità parente o affine di III grado)**

di essere nella seguente relazione di parentela o di affinità di terzo grado con la persona disabile in situazione di gravità(es nipote-zio, bisnipote-bisnonno) \_\_\_\_\_ ma che la stessa: (1)

non è coniugata  è vedova/o  è coniugata, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età\*

è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante \*(2)

è separata legalmente o divorziata (3)

è coniugata, ma in situazione di abbandono (4)

ha entrambi i genitori deceduti

ha entrambi i genitori con più di 65 anni di età\*\*

ha entrambi i genitori affetti da patologia invalidante\*\* (2)

**\*Dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:**

-Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Prov./Stato \_\_\_\_\_

**\*\*Dati dei genitori della persona disabile in situazione di gravità:**

-Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Prov./Stato \_\_\_\_\_

-Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Prov./Stato \_\_\_\_\_

(1) Al fine del diritto alla fruizione dei permessi è sufficiente la sussistenza di una delle condizioni elencate

(2) Per patologie invalidanti si intendono quelle, a carattere permanente, indicate dall'art.2 del Decreto interministeriale n.278 del 21.7.2000. In tale caso deve essere allegata, in busta chiusa, idonea documentazione del medico specialista del SSN o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero od intervento chirurgico.

(3) In tale ipotesi è necessario allegare copia del provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di separazione o divorzio.

(4) In tale caso è necessario allegare copia della documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stato giuridico di abbandono.

.....

( Una sola risposta )

che la persona disabile con handicap grave risiede nello stesso comune del sottoscritto/a

**OPPURE**

che la persona disabile con handicap grave risiede nel comune di \_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_  
che dista meno di 150 Km dalla residenza del sottoscritto/a( comma 3 bis all'art. 33 della legge n. 104/92)

**OPPURE**

la persona disabile con handicap grave risiede in un comune che dista più di 150 Km dalla residenza del sottoscritto/a e, pertanto, attesterà, con titolo di viaggio o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

\*\*\*\*\*

**Documentazione allegata:**

- Certificato rilasciato dalla Competente Commissione ASL/INPS attestante lo stato di gravità dell'handicap ;
- Fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente e del portatore di handicap grave;  
 In caso di adozione/affidamento: Data del provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_ Rilasciato dal tribunale di \_\_\_\_\_ Provvedimento n. \_\_\_\_\_
- Dichiarazione resa dal legale rappresentante della struttura che non assicura assistenza sanitaria continuativa
- Dichiarazione di responsabilità del dichiarante (All. 1)
- Dati e dichiarazione della persona disabile in situazione di gravità (All.2)(Escluso minore e interdetti);
- Dichiarazione resa per il disabile che non sa o non può firmare( All.3);
- Altro \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firmato



*I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.*

*Il titolare del trattamento dei dati è l'I.I.S. "F. FERRARA"; il responsabile è il Dirigente Scolastico ed incaricato del trattamento l'ufficio assenze.*

*I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.*

*L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.*

Luogo e data

F.to

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE I BENEFICI

Il/la sottoscritto/a,.....consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite nella Richiesta benefici art. 33 c.3 legge 5.2.1992, n. 104 e s.m. e i documenti ad essa allegati rispondono a verità. Inoltre, dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione

### Si impegna

a comunicare al Dirigente Scolastico entro 3 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie fornite o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno del portatore di handicap grave;
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL;
- l'eventuale variazione della modalità di fruizione dei permessi richiesti;
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap grave, da parte di altri familiari

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì,

- che presenterà mensilmente il piano di programmazione dei permessi;
- di impegnarsi a prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale ha richiesto le agevolazioni;
- 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;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

### Acconsente

con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101.

### INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART. 13 del d.lgs 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali si forniscono le seguenti informazioni:

**Finalità del trattamento:** I dati personali dichiarati saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Modalità:** Il trattamento avverrà sia con strumenti cartacei sia su supporti informatici a disposizione degli uffici.

**Ambito di comunicazione:** I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi") ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"))

**Diritti:** Il sottoscrittore può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati ai sensi dell'art. 7 del d.lgs 196/2003 rivolgendo le richieste al **Titolare del Trattamento dati personali**

Titolare del Trattamento dati personali: il Titolare del Trattamento dati personali è l'Istituto di Istruzione "Superiore" F. Ferrara" di Mazara del Vallo con domicilio eletto presso la sede istituzionale in via San Pio da Pietrelcina, 6 Mazara del Vallo , Rappresentato dal Dirigente scolastico pro tempore.

Il Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - "DPO") può essere contattato tramite e-mail: [dpo@vargiuscuola.it](mailto:dpo@vargiuscuola.it)

Luogo e data \_\_\_\_\_

F.to

.....

**DICHIARAZIONE DEL DISABILE CHE SA E PUO' FIRMARE**

Io sottoscritto/a.....

codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

prov \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ telefono\* \_\_\_\_\_ cellulare\* \_\_\_\_\_

\* informazioni facoltative

**DICHIARO**

-di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art.4, comma 1, della l. 104/92) di \_\_\_\_\_ in data (data visita) \_\_\_\_\_ rivedibile il (scadenza verbale) \_\_\_\_\_

.....  
( Una sola risposta )

di essere coniuge, parente o affine entro il secondo grado del richiedente i benefici della legge 104 dal quale intendo essere assistito in quanto lo stesso risulta essere il proprio (specificare rapporto di coniugio, parentela o affinità: *es. figlio, fratello*, ecc.) \_\_\_\_\_;

**Oppure**

di essere parente o affine di terzo grado del richiedente i benefici della legge 104 dal quale intendo essere assistito in quanto lo stesso risulta essere il proprio (*es. nipote, zio, bisnipote-bisnonno*), \_\_\_\_\_ e di trovarsi in una delle condizioni sottoelencate:

non essere coniugata/o  essere vedova/o  essere coniugata/o, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età\*

essere coniugata/o, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante \*(2)

essere separata/o legalmente o divorziata/o (3)

essere coniugata/o, ma in situazione di abbandono (4)

avere entrambi i genitori deceduti

avere entrambi i genitori con più di 65 anni di età\*\*



avere entrambi i genitori affetti da patologia invalidante\*\* (2)

.....  
( Una sola risposta )

di non essere ricoverato a tempo pieno in strutture ospedaliere o, comunque, in strutture, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa

**Oppure**

di essere ricoverato a tempo pieno presso la struttura \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ che non assicura assistenza sanitaria continuativa;

.....  
( Una sola risposta )

di essere consapevole che il richiedente i benefici della legge 104 dal quale intendo essere assistito è obbligato a prestare assistenza nei miei confronti nel giorno di permesso retribuito fruito.

- Acconsento con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101.

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART. 13 del d.lgs 196/2003)**

Ai sensi dell'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali si forniscono le seguenti informazioni:

**Finalità del trattamento:** I dati personali dichiarati saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Modalità:** Il trattamento avverrà sia con strumenti cartacei sia su supporti informatici a disposizione degli uffici.

**Ambito di comunicazione:** I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi") ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"))

**Diritti:** Il sottoscrittore può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati ai sensi dell'art. 7 del d.lgs 196/2003 rivolgendo le richieste al **Titolare del Trattamento dati personali**

Titolare del Trattamento dati personali: il Titolare del Trattamento dati personali è l'Istituto di Istruzione Superiore " F. Ferrara" di Mazara del Vallo con domicilio eletto presso la sede istituzionale in via San Pio da Pietrelcina, 6 Mazara del Vallo , Rappresentato dal Dirigente scolastico pro tempore.

Il Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - "DPO") può essere contattato tramite e-mail: [dpo@vargiuscuola.it](mailto:dpo@vargiuscuola.it)

Luogo e data \_\_\_\_\_

F.to

.....

Allegato 3

**DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE I BENEFICI IN NOME E PER CONTO DEL DISABILE CHE  
NON SA O NON PUO' FIRMARE**

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ nato/ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, in qualità di richiedente dei benefici di cui alla legge 104/92 e successive  
modifiche ed integrazioni, per assistere il disabile in situazione di gravità Sig/ra Sig  
.....nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art.76 del DPR 28.12.2000 n.445 e  
dall'art.495 del C.P. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che la suddetta dichiarazione è stata resa in  
sua presenza dal soggetto disabile sopra identificato, il quale ha altresì dichiarato:

di non saper firmare

di non poter firmare a causa di un impedimento in quanto affetto da

.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firmato

\_\_\_\_\_