

OGGETTO: Richiesta di fruizione dei permessi retribuiti ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (oppure comma 6 se per sé stessi).

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente a _____, in Via _____,
Codice Fiscale _____ in qualità di dipendente con profilo professionale

☐ **Docente**

☐ **Personale ATA Profilo** ☐ **A.A.** ☐ **A.T.** ☐ **C.S.**

con rapporto di lavoro a:

☐ tempo Indeterminato

☐ Tempo Determinato

☐ Supplenza Breve e Saltuaria

CHIEDE

Di beneficiare

☐ dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3

☐ del congedo biennale dal _____ al _____

Per il congedo:

1. Il requisito della convivenza

Per richiedere il congedo, devi **essere convivente**

La convivenza deve risultare dai registri anagrafici (stesso stato di famiglia e stessa residenza).

- Se al momento non risiedi con lei, l'INPS permette di regolarizzare la convivenza (cambiando la residenza o richiedendo la dimora temporanea) entro l'inizio del periodo di congedo, ma deve rimanere effettiva per tutta la durata dell'assistenza.

2. Il rispetto dell'ordine di priorità (criterio "a cascata")

I parenti affini di 2 e 3 grado rientrano scaglione utile dei beneficiari si puoi richiedere il congedo **solo ed esclusivamente se i familiari con priorità superiore sono mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti.**

L'ordine stabilito dall'INPS è tassativo:

1. **Coniuge**, parte dell'unione civile o convivente di fatto della nonna.
2. **Genitori**
3. **Figli**
4. **Fratelli o sorelle**
5. **Parenti o affini entro il terzo grado**

di poter usufruire dei permessi retribuiti di cui all'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/1992, per l'assistenza a

☐: **sé stesso**

☐ **familiare con disabilità in situazione di gravità :**

- **Nome e Cognome del disabile:** _____
- **Rapporto di parentela o affinità** _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

1. Che la persona assistita è in situazione di handicap grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92, come da verbale della Commissione Medica / INPS in allegato.
2. Che la persona assistita **non è ricoverata a tempo pieno** presso istituti ospedalieri o strutture pubbliche o private a degenza continuativa (*salvo le eccezioni previste dalla normativa*).
3. Riferimenti Legge 104 rilasciata dall'INPS in data _____ con protocollo n. ____ [
4. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al datore di lavoro ogni variazione delle condizioni dichiarate (revoca del verbale, ricovero a tempo pieno, variazione del nucleo, ecc.).

Modalità di fruizione

- **3 giorni di permesso mensile** frazionabili in ore
- **Permessi orari** (2 ore al giorno per orario a tempo pieno, oppure 1 ora per orario inferiore a 6 ore)

Allega alla presente:

- Copia del verbale INPS / Commissione Medica Legge 104/92 (in corso di validità);
- Copia del documento di identità del richiedente

Viterbo, _____

Firma del richiedente
