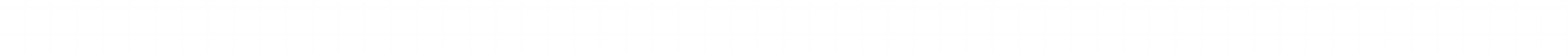
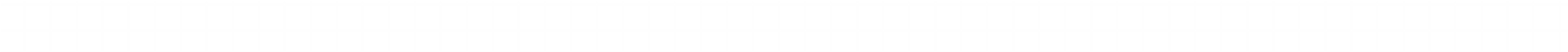
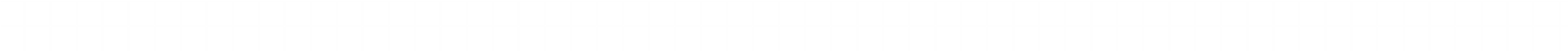
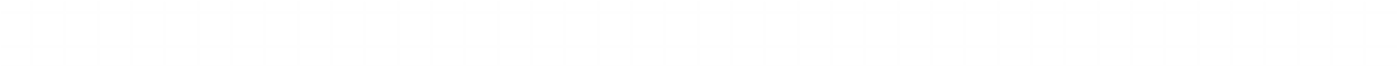
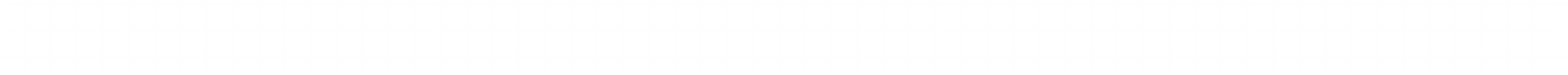
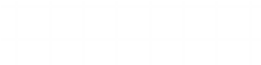
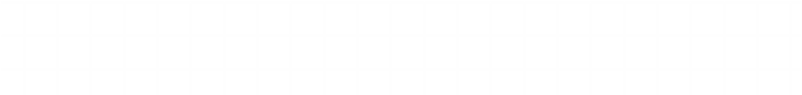
Al Dirigente

dell’I.I.S. PRIMO LEVI

- TORINO-

**Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all**’**art. 33 legge 104/1992,**



**Legge 53/2000, D.L.vo 151/2001 – (Circolare INPS n. 90 del 23-05-07)**

**Ulteriori nominativi, referenti per l’assistenza al portatore di HC (Messaggio INPS**

**N. 3096 del 05/08/2022)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , il

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , (qualifica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

DICHIARA

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle legge in oggetto, per assistere il proprio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(padre/madre-figlio-etc.) sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell’art. 33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell’A.S.L. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui all’art. 4 c. 1 della L. 104/92.

Come evidenziato dall’INPS con il messaggio n. 3096 del 5 agosto 2022, se nel sistema vigente il diritto ai permessi 104 era riconosciuto ad un solo lavoratore dipendente, dal 13 agosto 2022 le regole sono state modificate in ottica estensiva.

***Nel rispetto del limite dei tre giorni, i permessi L. 104/92 per l’assistenza alla stessa persona con disabilità grave potranno essere riconosciuti su richiesta a più soggetti tra gli aventi diritto, che potranno beneficiarne alternativamente.***

Si ricorda che secondo quanto previsto dalla legge 104 i permessi retribuiti spettano ai seguenti soggetti:

• alle persone disabili in situazione di gravità;

• ai genitori, anche adottivi o affidatari, della persona disabile in situazione di gravità;

• al coniuge della persona disabile in situazione di gravità;

• ai parenti o affini entro il 2° grado della persona disabile in situazione di gravità.

I soggetti che potranno usufruire alternativamente dei permessi sono i seguenti:

• il “convivente di fatto di cui all’articolo 1, comma 36”, della legge 20 maggio 2016, n. 76, rientra tra i soggetti individuati prioritariamente dal legislatore ai fini della concessione del congedo in parola, in via alternativa e al pari del coniuge e della parte dell’unione civile;

• il congedo in esame spetta anche nel caso in cui la convivenza, qualora normativamente prevista, sia stata instaurata successivamente alla richiesta di congedo.

• dal 13 agosto 2022 si è estesa la platea dei soggetti che possono richiedere il congedo straordinario, secondo il seguente ordine di priorità:

• il coniuge convivente, la parte dell’unione civile convivente, il convivente di fatto della persona disabile in situazione di gravità;

• in caso di mancanza, decesso o patologie invalidanti di uno dei soggetti di cui sopra:

• il padre o la madre, anche adottivi o affidatari, della persona disabile in situazione di gravità;

• uno dei figli conviventi della persona disabile in situazione di gravità, se anche i genitori sono deceduti, mancanti o invalidi;

• uno dei fratelli o sorelle conviventi della persona disabile in situazione di gravità, se anche genitori e figli conviventi sono mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;

• parenti o affini entro il terzo grado conviventi con il disabile se anche i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle conviventi siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti.

A tal fine,

DICHIARA

* che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno in ospedale o strutture pubbliche e private dedicate all'assistenza sanitaria,
* di prestare un’assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata ,
* Che un altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap Cognome e Nome ………………………………………………………..…(grado di parentela) e che quest’ultimo lavora presso servizio presso (specificare se ente pubblico e/o privato)…………………………………………………………………………………..

Si fa riferimento alla seguente certificazione precedentemente: allegata e/o già presentata, ancora in corso di validità, certificato rilasciato dalla commissione medica dell’A.S.L. di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con scadenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ senza revisione (4 c. 1 della L. 104/92).

*Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall*’*art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell*’*Amministrazione, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e s*’*impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell*’*handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.)*

## FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## MODULO - CONFERMA BENEFICI L. 104 - ulteriori soggetti beneficiari (decreto Leg. 105-2022) .docx