



**ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "GEMELLI CARERI"**

Corso Aspromonte - 89014 Oppido Mamertina (RC) - Tel. 096686186

email: [rcis02200t@istruzione.it](mailto:rcis02200t@istruzione.it) pec: [rcis02200t@pec.istruzione.it](mailto:rcis02200t@pec.istruzione.it)

sito web: [www.isoppido.edu.it](http://www.isoppido.edu.it)



**ALLEGATO A**

**Al Dirigente Scolastico dell'I.I.S. "Gemelli Careri"  
Oppido Mamertina - Taurianova**

**OGGETTO: Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 sulla permanenza delle condizioni e dei requisiti di fruizione dei permessi – a.s. 2026/2027.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, residente in  
via/piazza \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

in servizio presso Codesto Istituto in qualità di:

☐ DOCENTE

☐ ATA

con contratto a tempo:

☐ INDETERMINATO

☐ DETERMINATO (dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)

**CHIEDE**

di usufruire anche per l'a. s. 2026/2027 dei permessi ai sensi dell'art. 33 della L. n. 104/1992.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

che non sono mutate le condizioni per cui è stata presentata formale richiesta ai sensi della L. n. 104/1992, già depositata presso Codesto Ufficio.

## SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, aggiornando la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'Amministrazione.

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

*Allegare copia di un documento di identità in corso di validità.*



**ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "GEMELLI CARERI"**

Corso Aspromonte - 89014 Oppido Mamertina (RC) - Tel. 096686186

email: [rcis02200t@istruzione.it](mailto:rcis02200t@istruzione.it) pec: [rcis02200t@pec.istruzione.it](mailto:rcis02200t@pec.istruzione.it)

sito web: [www.isoppido.edu.it](http://www.isoppido.edu.it)



**ALLEGATO B**

**Al Dirigente Scolastico dell'I.I.S. "Gemelli Careri"  
Oppido Mamertina - Taurianova**

**OGGETTO: Nuova istanza per beneficiare delle previsioni di cui all'art. 33 della L. n. 104/1992 e ss.mm.ii. – a.s. 2026/2027.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in via/piazza \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

in servizio presso Codesto Istituto in qualità di:

☐ DOCENTE

☐ ATA

con contratto a tempo:

☐ INDETERMINATO

☐ DETERMINATO (dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

**CHIEDE**

di poter fruire dei permessi retribuiti previsti dall'art. 33 della L. n. 104/1992 e ss.mm.ii., al fine dell'assistenza (barrare la casella d'interesse):

☐ **a se stesso**

☐ **al sottoindicato familiare portatore di handicap in situazione di gravità (riconosciuto ai sensi dell'art. 3 ed accertato ai sensi dell'art. 4 della L. n. 104/1992)**

|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| <b>COGNOME/NOME</b>                     |  |
| <b>LUOGO E DATA DI NASCITA</b>          |  |
| <b>C.F.</b>                             |  |
| <b>RESIDENZA</b>                        |  |
| <b>DOMICILIO</b>                        |  |
| <b>RELAZIONE DI PARENTELA/AFFINITA'</b> |  |

Nel caso di assistenza al familiare, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000,

### DICHIARA

1. (specificare le voci di interesse mediante una X):

- ☐ di essere genitore e di fruire del beneficio alternativamente con l'altro genitore (art. 24 della L. n. 183/2010);
- ☐ di essere parente o affine entro il 2° grado del familiare sopra menzionato;
- ☐ di essere parente o affine di 3° grado del familiare sopra menzionato ma di chiedere la fruizione dei permessi in quanto il coniuge/i genitori del familiare con handicap hanno compiuto i 65 anni di età/sono affetti da patologie invalidanti/sono deceduti o mancanti;
- ☐ di essere convivente di fatto;
- ☐ di fruirne alternativamente con altro familiare ai sensi del D.Lgs. n. 105/2022 (indicare nominativo e grado di parentela):

1. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il\_ \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

alla via/piazza \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il\_ \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

alla via/piazza \_\_\_\_\_

ovvero

- ☐ che nessun altro ha chiesto di poter fruire dei permessi per l'assistenza al familiare sopraindicato;

2. 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;

3. di essere consapevole che la possibilità di usufruire 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;
4. che il familiare portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno in istituti di cura, case per anziani, ecc., e si impegna ad informare l'Amministrazione qualora questa situazione venga meno.
5. che in caso di fruizione dei permessi di cui al c. 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri dal luogo di residenza del familiare assistito, è consapevole di dover attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito;
6. che assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso le richieste di permesso riferite all'intero mese di fruizione.

Il/la sottoscritto/a, comunque, si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi altra variazione che possa modificare la concessione del permesso richiesto.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
FIRMA  
\_\_\_\_\_

*Si allega la seguente documentazione:*

1. *Verbale di accertamento della Commissione Sanitaria che attesta la situazione di gravità del grado di handicap, ai sensi dell'art. 4, c. 1 della L. n. 104/1992;*
2. *Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente;*
3. *Copia di un documento di identità in corso di validità dell'assistito/a;*
4. *Dichiarazione di altri familiari che esercitano tale diritto, corredata da copia del documento di identità in corso di validità (vedere SUB ALLEGATO B).*

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI  
DEL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in via/piazza \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
in riferimento al familiare disabile \_\_\_\_\_ legato dal  
seguito rapporto di parentela/affinità \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di  
parentela o affinità),

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti  
falsi, richiamate dal D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

di assistere alternativamente il summenzionato familiare con (indicare il nominativo, data e luogo di  
nascita di altri beneficiari):

1. \_\_\_\_\_  
(nominativo) (data e luogo di nascita)
2. \_\_\_\_\_  
(nominativo) (data e luogo di nascita)

Si impegna, altresì, a comunicare eventuali variazioni delle situazioni di fatto e di diritto dichiarate.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

*Allegare copia di un documento di identità in corso di validità.*