



Ministero dell'Istruzione e del Merito



LICEO CLASSICO STATALE
ENNIO QUIRINO VISCONTI
con sezione
Cambridge International School



MODULO DI DICHIARAZIONE PER LA FRUIZIONE DEI BENEFICI LEGGE 104/1992

(Valido per Prima Istanza, Conferma Annuale e Rinuncia)

Anno Scolastico _____/_____

1. DATI ANAGRAFICI DEL DIPENDENTE

Cognome e Nome: _____

Luogo e Data di Nascita: _____ prov. (____) il ____/____/____

Residenza: _____ prov. (____) Via _____ n. _____

Qualifica / Profilo: ☐ Docente ☐ Personale A.T.A.

2. TIPOLOGIA DELLA RICHIESTA (selezionare con una X)

- ☐ **PRIMA ISTANZA:** Richiesta di prima concessione dei permessi retribuiti ex art. 33, c. 3, L. 104/1992 (per sé o per l'assistenza a un familiare disabile grave). Si allega la documentazione richiesta al punto 4.
- ☐ **CONFERMA ANNUALE:** Dichiarazione di conferma della permanenza delle condizioni per l'A.S. corrente, attestando che NON sono intervenute variazioni rispetto a quanto già depositato agli atti della scuola.
- ☐ **CESSAZIONE / RINUNCIA:** Comunicazione del venir meno dei requisiti legali a decorrere dal ____/____/____.

3. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che i permessi sono destinati all'assistenza del/della familiare in situazione di handicap grave (art. 3, c. 3, L. 104/1992):

Cognome e Nome assistito/a: _____

Rapporto di parentela/affinità: _____ (es. madre, padre, coniuge, figlio/a)

Nato/a a _____ il ____/____/____ Residente a _____

Via _____ n. _____

A tal fine, il sottoscritto DICHIARA:

- ☐ che la persona assistita NON è ricoverata a tempo pieno presso strutture ospedaliere o istituti specializzati (salvo prescrizione medica che richieda l'assistenza del familiare);
- ☐ di prestare assistenza sistematica, continuativa e condivisa alla persona disabile sopra indicata;



Ministero dell'Istruzione e del Merito



LICEO CLASSICO STATALE
ENNIO QUIRINO VISCONTI
con sezione
Cambridge International School



- ☐ di essere a conoscenza che il limite massimo di permessi fruibili per l'assistito è di 3 giorni mensili complessivi, da ripartire alternativamente con gli altri familiari autorizzati dall'INPS (D.Lgs. 105/2022 e Circ. INPS 100/2026);
- ☐ di concordare preventivamente il calendario dei permessi con gli altri familiari aventi diritto e di impegnarsi a NON fruire dei permessi nelle medesime giornate/ore;
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione delle condizioni dichiarate.

4. ESTREMI CERTIFICAZIONE E DOCUMENTI ALLEGATI

Verbale della Commissione Medica INPS/ASL di _____ del ____/____/_____.
Documenti allegati (obbligatori per la Prima Istanza):

- ☐ Copia del Verbale della Commissione Medica attestante l'handicap grave (art. 3, c. 3, L. 104/92);
- ☐ Copia del provvedimento / autorizzazione di accoglimento rilasciato dall'INPS;
- ☐ Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data: Roma, ____/____/____

FIRMA DEL DIPENDENTE

N.B. Perché il documento sia valido, se non si dispone di PEC o Firma digitale, l'allegato PDF del modulo compilato deve essere inviato unicamente dalla casella di posta del dominio "liceoeqvisconti.it"