

**DOMANDA PER FRUIRE DEI PERMESSI PER L' ASSISTENZA AI FAMILIARI DISABILI IN
SITUAZIONE DI GRAVITA' (art.33, comma 3 legge 104/1992)**

Al Dirigente Scolastico del
Liceo Statale Democrito

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____, codice fiscale _____, residente
in _____ Prov. _____ indirizzo _____ cap
_____, telefono _____, cell. _____, indirizzo e
mail _____ - in servizio presso codesto Istituto nell' A.S. _____ in qualità
di _____ con contratto a tempo indeterminato determinato

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi

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 in situazione di gravità.

A tal fine, il dichiarante, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell'articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti.

DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fisc. _____
Nato il _____ a _____ (Prov. _____) residente in
_____ prov. _____ Cap. _____ (1)

avente con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela :

- Genitore
- Figlio/a
- Coniuge
- Convivente
- Altro parente o affine entro il II grado (specificare) _____
- Altro parente o affine entro il III grado (specificare) _____
- Altra condizione prevista dalle norme (specificare) _____

e che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità:

- Non è coniugato;
- È vedovo/a;
- È coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- È coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante;
- È separato legalmente o divorziato/a
- È coniugato ma in situazione di abbandono;
- Ha uno o entrambi i genitori deceduti;

- Ha uno o entrambi dei genitori con più di 65 anni di età;
- Ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante.

In caso di assistenza a figlio/a, il sottoscritto/a dichiara che l'altro genitore _____ nato a _____ il _____ codice fiscale _____ lavoratore presso _____ con sede in _____

- Usufruisce del medesimo beneficio
- Non usufruisce del medesimo beneficio

• **In caso di adozione/affidamento**

Data del provvedimento di adozione/affidamento _____ rilasciato dal tribunale di _____ provvedimento n. _____

Il sottoscritto dichiara inoltre che:

- Il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- Il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
- Il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate;
- Che il disabile in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare;
- Che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine;
- Il familiare disabile è parente o affine di terzo grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologia invalidanti o siano deceduti o mancanti (specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra;

- Nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave.

Allega a tal fine la seguente documentazione in busta chiusa:

- copia del verbale definitivo/provisorio dell'apposita Commissione Medica attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell' art.33, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza, anche in copia dichiarata autentica o , nell'attesa della decisione, certificato provvisorio;
- dichiarazione della persona disabile in situazione di gravità nella quale viene indicato il/i familiare/i che debba/debbono prestare l'assistenza prevista dai termini di legge;
- Nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione;
- Fotocopia documento di identità in corso di validità.

Il sottoscritto /a, che fruisce già di permessi di cui alla L. 104/1992 e s.m.i per i seguente familiare disabile _____, dichiara di essere a conoscenza che il cumulo di più permessi in capo allo stesso lavoratore è ammissibile solo a condizione che il familiare da assistere sia il coniuge o un parente o un affine

entro il primo grado o entro il secondo grado qualora uno dei genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni o siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/la sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile _____ dichiara 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 nei periodi dichiarati.

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica concedere i permessi. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni Pubbliche qualora vengono richiesti per il trattamento di procedimenti di propria competenza.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

I permessi possono essere fruiti solo successivamente alla presentazione della domanda completa di tutta la documentazione.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

- (1) Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 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, deve attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(da compilare a cura della persona disabile se maggiorenne)

Il/la sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Nato/a il _____ a

_____ Prov. _____ Residente in _____ Prov. _____ Indirizzo

CAP _____

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

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere coniuge parente o affine entro il secondo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. figlio, cognato, ecc.) _____ ;
- di essere parente o affine di terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. nipote, zio) _____ ;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per assistere la mia persona;
- che la sig./ra _____ coniuge parente o affine entro il secondo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. figlio, cognato, ecc.) _____ ; o parente o affine di terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. nipote, zio) _____ ; beneficia alternativamente alla sig./ra _____ coniuge parente o affine entro il secondo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. figlio, cognato, ecc.) _____ ; o parente o affine di terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. nipote, zio) _____

Luogo e data.....

Firma del dichiarante
Se la firma non e' apposta in presenza dell' impiegato, la
presente
dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla
fotocopia di un documento di riconoscimento
.....

Si allega copia del documento di riconoscimento:

n. rilasciato da.....il.....