

Domanda di Permessi per Assistenza ad un familiare disabile (Legge 104/1992 Art.33 Comma 3)

il/la sottoscritto/a

nato/a a (.....) il - C.F.....
residente a (.....) in via/piazza.....
in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di
con contratto individuale di lavoro a: Tempo indeterminato Tempo determinato

chiede

di fruire - nei seguenti giorni- dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il/la Sig./ra (nome disabile) nato/a a il C.F..... e residente a(.....) con il quale è nella seguente relazione di parentela:

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

dichiara che:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore: Sig./ra.....C.F..... non dipendente/ o dipendente presso beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
 - 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 patologie invalidante;
 - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti,
 - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;

- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
ovvero:
 - il soggetto in situazione di disabilità grave, ancorché ricoverato a tempo pieno, ha necessità di interrompere tale ricovero per recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per la effettuazione di visite e/o terapie debitamente certificate;
 - il soggetto in situazione di disabilità grave rileva essere in uno stato vegetativo persistente e/o in situazione terminale;
 - il soggetto in situazione di disabilità grave, ancorché ricoverato a tempo pieno, rileva essere un minore nei cui confronti i sanitari della struttura che lo ospita certificano la necessità di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni. (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave nella quale viene indicato il familiare che deve prestare l'assistenza prevista dai termini di legge e viene precisato, altresì, che lo stesso assistito non risulta impegnato in attività lavorativa nelle stesse giornate in cui viene richiesto il permesso.
- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

La scrivente, inoltre, è consapevole che in base alla previsione normativa vigente (art. 6, comma 1, del d.l.vo 119/2011) il lavoratore che fruisce dei permessi dovrà provare di essersi effettivamente recato, nei giorni di fruizione degli stessi, presso la residenza del familiare da assistere, mediante l'esibizione del titolo di viaggio o altra documentazione idonea (a mero titolo di esempio, ricevuta del pedaggio autostradale, dichiarazione del medico o della struttura sanitaria presso cui la persona disabile è stata accompagnata, biglietto del mezzo pubblico utilizzato per lo spostamento *in loco*), la cui adeguatezza verrà valutata dall'amministrazione di riferimento, fermo restando che l'assenza non potrà essere giustificata a titolo di permesso *ex legge* n. 104 del 1992 nell'ipotesi in cui il lavoratore non riesca a produrre al datore l'idonea documentazione.

.....
(luogo e data)

Firma del dipendente

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt_
nat_ a(.....) il residente
in.....prov (.....) via/piazza
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 parente digrado del richiedente in quanto.....
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nat_ a (.....) il.....CF.....e residente a(.....)

**Si allega copia del documento di riconoscimento n.....
rilasciato da il.....**

(luogo e data)

(firma)