

Oggetto: Richiesta di concessione dei benefici ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e ss.mm.ii. per assistenza familiare in situazione di disabilità grave

____L____sottoscritt____-

nat____a____il____residente a____

(C.A.P. _____) Via_____n°_____

In servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di_____

C H I E D E

di essere autorizzato/a a beneficiare dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/92 art. 33, comma 3 e ss.mm.ii. in qualità di:

- ☐ genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- ☐ genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- ☐ parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;

per assistere il/la proprio/a _____

(indicare il rapporto di coniugio/parentela/affinità)

le cui generalità sono di seguito indicate:

Cognome_____Nome_____

nato/a il _____a_____prov.()

cod. fiscale_____residente a_____

in via_____n._____C.A.P._____

____I____sottoscritt____, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/200;

D I C H I A R A

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia per poter beneficiare di permessi retribuiti di cui all'art. 33 della Legge 104/92 e ss.mm.ii.;

☐ che l'altro genitore della persona disabile:

Nome.....Cognome.....nat.....a.....

il.....Codice Fiscale.....

non dipendente/dipendente presso.....

beneficia dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/92 art. 33, comma 3 e ss.mm.ii. per lo/a stesso/a figlio/a con disabilità grave alternativamente al/la 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 separato legalmente o divorziato;
 - 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;
2. che il Verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave della persona da assistere, rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS, alla data odierna non ha subito alcuna variazione;
 3. che i permessi retribuiti richiesti sono per le necessità legate all'assistenza del familiare in situazione di disabilità grave;
 4. 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 al soggetto disabile;
 5. di essere consapevole che la possibilità di fruire dei permessi retribuiti 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;
 6. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

A tal fine allega:

1. **Copia del Verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave da assistere** (art. 3, c. 3, L. 104/92), rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS, reso conforme all'originale;
 - ☐ (nei casi previsti) **documentazione sanitaria** attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale;
 - ☐ **Dichiarazione sostitutiva ex DPR 445/2000 (per assistenza familiari I e II grado);**
 - ☐ **Dichiarazione sostitutiva ex DPR 445/2000 (per assistenza familiari III grado);**
2. **Copia del documento di identità** in corso di validità del dipendente richiedente;
 - ☐ (solo se ricorre la condizione) **documentazione sanitaria attestante le patologie** invalidanti ai sensi del Decreto n. 278/2000;
 - ☐ (solo se ricorre la condizione) provvedimento da cui risulti lo **stato giuridico di divorzio o di separazione del familiare di III grado da assistere.**

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs 196/2003 al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro..

Il/la Dichiarante

Data _____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.