

**DOMANDA PER LA FURIZIONE DEI PERMESSI PER L'ASSITENZA A
SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE**

(Legge 104/1992 art. 33 comma 3; Legge 53/2000 art. 19 e 20; D. Lgs 151/2001 art.42)

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
Codice Fiscale _____
residente in _____ CAP: _____
via _____ telefono _____,
in servizio presso _____ in qualità di _____

CHIEDE

di fruire dei permessi di cui alla Legge 104/1992 per l'assistenza di (precisare nominativo del
disabile): _____
nato/a a _____ prov. _____
il _____ codice fiscale: _____
residente a _____ prov. _____
in via _____ n _____
Precisare il domicilio se diverso dalla residenza: _____
in condizione di handicap grave accertata dalla ASL di _____ in data
_____, NON ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati

Precisare il grado di parentela/affinità dell'assistito rispetto al richiedente:

- figlio/a biologico/a
- figlio/a adottato/a affidato/a – data provvedimento di adozione/affidamento: _____
- parente o affine entro il 2° grado (specificare il grado di parentela/affinità): _____
- parente o affine entro il 3° grado (specificare e documentare la situazione eccezionale che dà titolo al beneficio): _____

Precisare la condizione lavorativa dell'assistito, disabile in situazione di gravità:

- è impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a dei permessi personali previsti dalla L. 104/1992. Precisare il datore di lavoro: _____
- è impegnato/a in attività lavorativa e NON beneficiario/a dei permessi personali previsti dalla L. 104/1992. Precisare il datore di lavoro: _____
- NON impegnato in attività lavorativa

DICHIARA

- di essere l'unico figlio/a a convivere con il soggetto disabile;

di **non** essere l'unico figlio/a a convivere con il soggetto disabile (indicare i nominativi degli altri soggetti conviventi):

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	PROFESSIONE

di essere l'unica persona che presta assistenza e che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave

di **non** essere l'unica persona che presta assistenza al genitore disabile in situazione di gravità, in quanto prestano assistenza anche: (precisare le generalità di coloro che condividono l'assistenza)

che l'altro genitore Sig/Sig.ra _____, dipendente presso _____ recapito telefonico del datore di lavoro _____, beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il/la sottoscritto/a, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori

Firma dell'altro genitore _____

che la persona disabile in situazione di gravità NON è ricoverata a tempo pieno

che la persona disabile in situazione di gravità è convivente con il/la sottoscritto/a

di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane

di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno ecc.).

Modalità di fruizione dei permessi:

di voler usufruire dei permessi ad ore (solo per il personale ATA- massimo 18 ore mensili);

di voler usufruire dei permessi a giorni (massimo 3 giorni mensili);

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che,

in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Preso atto dell'informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la presente richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Il dipendente richiedente dichiara inoltre:

- che presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono richieste le agevolazioni ovvero necessità delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere 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.

Allega alla presente:

Copia del certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap; qualora il certificato non fosse ancora stato rilasciato, in attesa di questa documentazione è possibile allegare il certificato del medico specialista ASL. Per le persone affette da sindrome di Down è sufficiente il certificato del medico di base (con allegata copia del cariotipo sulla cui base il medico ha rilasciato la certificazione, art. 94 L. 27/12/2002 n. 289).

ALTRO (specificare): _____

Luogo e data: _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
