

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92

(per: genitori - coniuge - parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ prov. _____ in servizio presso questa Istituzione scolastica il

qualità di:

- Docente
- Personale ATA

Con contratto a tempo:

- Indeterminato
- Determinato

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/92 e successive integrazioni e modificazioni per poter assistere:

Nome _____ Cognome _____ data di nascita _____

Luogo di nascita _____ prov. _____ C.F. _____

Residente a _____ prov. _____ via e numero civico _____

Grado di parentela _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 del T.U. in materia di documentazione amministrativa D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

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:

- L'ASL di _____ nella seduta del _____ ha riconosciuto la gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3 comma _____ della legge 104/92 per l'assistito di cui sopra;
- Che il tribunale di _____ con decreto di omologa n. _____ ha riconosciuto la gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- L'accertamento dell'handicap non è rivedibile;
- L'accertamento dell'handicap è rivedibile il _____
- Il soggetto in situazione di disabilità è in vita;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata che ne assicurino l'assistenza sanitaria;
- di essere l'unico beneficiario dei permessi per la persona in situazione di disabilità grave;
- di non essere l'unico beneficiario, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:

Nome _____ Cognome _____ nato il _____

a _____ lavoratore dipendente presso la seguente azienda/pubblica amministrazione:

denominazione _____ comune _____

indirizzo PEO _____

indirizzo PEC _____

Solo per assistenza nei confronti di familiari entro il 3°

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- è coniugato;
- non è coniugato;
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
- è coniugato ma in situazione di abbandono;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA COSÌ COME PREVISTA DALLA CIRCOLARE N. 13/2010 DEL DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Il sottoscritto/a attesta che:

- assiste costantemente il soggetto disabile per il quale richiede le agevolazioni;
- sussiste l'impegno morale e giuridico ad assistere, realmente di assistere l'ammalato;
- è consapevole che la facoltà di fruire dei benefici comporta un onere per l'Amministrazione e un impiego di spesa pubblica per lo Stato e per la collettività;
- si impegna a segnalare con tempestività qualsiasi cambiamento della situazione di fatto e di diritto dalla quale può scaturire la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

Si allega:

- copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, emesso ai sensi dell'art. 20 comma 1 della legge 3 agosto 2009 n 102;
- dichiarazione sottoscritta dal familiare disabile contenente la manifestazione di volontà di volersi far assistere dal richiedente con allegata la copia di un valido documento di riconoscimento;

Luogo e data _____

Il/La richiedente/dichiarante
