

Al Dirigente scolastico della

I.C. A. CUSTRA

Via Europa, 22- 80040 S- Cercola

DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE

(LEGGE n. 104/1992 ART.33 COMMA 3)

Il sottoscritto _____ nat_ a _____
il _____ e residente in _____ alla via/piazza/n° _____
_____ in servizio in qualità di _____ con
rapporto individuale di lavoro a tempo _____

chiede

di fruire dei permessi retribuiti previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per l'assistenza a
favore del/la sig./ra Sig. (nome e cognome della persona disabile) _____
residente in _____ alla via/piazza _____ che
è legata al/la sottoscritto/a dalla 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 :

- di essere "referente unico" ai sensi dell'art. 24 della Legge 183/2010 e dell'art. 6 del Decreto legislativo 119/2001
- e che, pertanto, nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave né ha presentato analoghe richieste in tal senso ad altri datori di lavoro;
- la persona disabile grave da assistere con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità:
 - o non è coniugato;
 - o è vedovo/a;
 - o è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - o è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - o è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;

- o è separato legalmente o divorziato;
- o è coniugato ma in situazione di abbandono;
- o ha uno o entrambi i genitori deceduti,
- o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- o ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

– che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell’impegno giuridico e morale a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

– che 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;

– che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;

– che si impegna 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)

allega:

– copia del verbale definitivo/provvisorio 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 (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito);

– dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – nella quale viene indicato il familiare che debba 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.

Data.....

Firma del dipendente dichiarante