

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale
di Esperia

Oggetto: Domanda per usufruire dei benefici previsti dalla legge 104/92 per lavoratori, coniugi, parenti o affini entro il 3° grado di portatore di handicap non lavoratore.

Il sottoscritt _____ nat _____ il _____
a _____ prov. _____, residente in _____
Via _____ C.A.P. _____
, Tel. _____ e domiciliato in (da indicare se diverso dalla residenza)
Via _____, C.A.P. _____, Tel. _____

In servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di Docente Collaboratore Scolastico

Assistente Amministrativo con contratto di lavoro a: t. ind.to t. det.to presso:

Scuola Infanzia Scuola Secondaria I grado Scuola Primaria

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3 della legge 104/92, consistenti in 3 giornate di permesso retribuito al mese:

o a titolo personale;

o per assistenza nei confronti del/della sig./ra _____,

grado di parentela _____ affetto/a da handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge 104/92.

PRODUCE

a tal fine il relativo certificato medico rilasciato dalla ASL territorialmente competente.

Il campo sottostante dovrà essere compilato soltanto in caso di fruizione dei benefici di cui alla L. 104/1992 per assistenza ad un familiare disabile.

Il/la sottoscritto/a consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità penale e civile, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

- l'accertamento dell'handicap è IRRIVEDIBILE RIVEDIBILE il _____
- che la persona assistita, affetta da handicap grave non è lavoratore e non è ricoverata a tempo pieno presso alcuna struttura specializzata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);
- che nel nucleo familiare non sono presenti soggetti non lavoratori in grado di assistere la persona handicappata;
- di prestare assistenza in via **esclusiva e continuativa**, in quanto unico soggetto in grado di prestare assistenza e nessun'altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;
- di prestare assistenza **in via alternativa** con il/la sig./ra _____ nat ___ il _____ a _____ grado di parentela _____, fermo restando il limite di 3 giorni mensili.

Soltanto in caso di fruizione dei benefici di cui alla L. 104/1992 per assistenza ad un familiare disabile di 3° grado:

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

- è coniugato/a;
- è vedovo/a;
- è coniugato/a ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato/a ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- è stato coniugato/a ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
- è coniugato/a 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 i genitori affetti da patologia invalidante.

Si allega in copia:

- verbale della Commissione medica da cui risulti la situazione di disabilità grave ex art. 3, comma 3, della 104/1992 propria o del familiare da assistere;
- dichiarazione sottoscritta dal familiare disabile contenente la manifestazione di volontà di volersi far assistere dal richiedente il permesso e dalla quale risulta che non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere pubbliche o private che ne assicurino l'assistenza sanitaria, con allegata la copia di un valido documento di riconoscimento;
- dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti lo status di referente unico;
- dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti lo status di condivisione della fruizione dei permessi per l'assistenza al familiare disabile con altro familiare, con indicazione dettagliata e contatti del datore di lavoro;
- dichiarazione di responsabilità inerente alla richiesta fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati sopra dichiarati.

Data, _____

Firma

Al Dirigente Scolastico
I.C. Esperia
03045 Esperia(FR)

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

Il/la sottoscritt..... nato/a a
..... ilresidente in..... prov.....
via/piazza..... cap....., C.F. consapevole
delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., 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/a soltanto dal Sig./ra.....nato/a a
.....il.....CF.....e residente a

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato da.....il.....

Firma

DICHIARAZIONE sostitutiva dell'atto di notorieta' quale unico componente della famiglia che presta assistenza al familiare disabile

(Art. 46 e 47 T.U. delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, N. 445)

Il/La sottoscritto _____ nato/a a _____

Il _____ ed residente in _____ Via _____

In relazione ai permessi per assistenza al familiare disabile di cui alla Legge 104/92,

Dichiara

di essere l'unico familiare, individuato quale referente unico, che assiste il familiare disabile:

Sig. /Sig.ra _____ rapporto di parentela _____

ed usufruisce dei benefici della Legge 104/92.

Il sottoscritto:

è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;

si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

In fede

Data _____

FIRMA _____

DICHIARAZIONE sostitutiva dell'atto di notorietà relativa all'assistenza del familiare disabile

in condivisione con altro familiare

(Art. 46 e 47 T.U. delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, N. 445)

Il/La sottoscritto _____ nato/a a _____

Il _____ ed residente in _____ Via _____

In relazione ai permessi per assistenza al familiare disabile di cui alla Legge 104/92,

Dichiara

di assistere il familiare disabile:

Sig. /Sig.ra _____ rapporto di parentela _____

Usufruendo dei benefici della Legge 104/92, in condivisione con altro familiare:

_____ nato/a a _____

Il _____ e residente in _____ Via _____

Rapporto di parentela _____

Che svolge la propria attività lavorativa presso _____

Il/La sottoscritto/a:

è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;

si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

In fede

Data _____

FIRMA _____

Al Dirigente Scolastico
I.C. Esperia
03045 Esperia(FR)

Oggetto: Dichiarazione di responsabilità inerente alla **richiesta fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92.**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ in
servizio presso quest'Istituzione Scolastica in qualità di _____

avendo inoltrato istanza di richiesta relativa ai permessi di cui alla legge 104/1992 e s.m.i., essendo stato posto a conoscenza degli art.75 e 76s del DPR 444/2000 e s.m.i. relativi alle dichiarazioni mendaci e che lo stesso datore di lavoro può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di impegnarsi a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento, le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nel modello di richiesta, con particolare riferimento a:

1. eventuale ricovero a tempo pieno del soggetto disabile in condizione di gravità;
2. revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione medica di cui all'articolo 4 comma 1 legge 104 del 1992 e successive modificazioni, integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1 del decreto legge n. 78 del 1° luglio 2009 convertito nella legge n. 102 del 3 agosto 2009;
3. modifiche ai periodi di permesso richiesti;
4. eventuale decesso del disabile.

In fede
