DOMANDA DI AMMISSIONE A GODERE DEI BENEFICI DI CUI ALL’ARTICOLO ART. 33 comma 3 LEGGE 104/92

Alla Dirigente Scolastica

Dell’ I.C. Mignano M.L. - Marzano

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle modifiche introdotte dal D. Lgs. 30 giugno 2022 n°105, entrato in vigore il 13 agosto 2022, sui permessi per il diritto all’assistenza a persona con handicap in situazione di gravità, i quali possono essere alternati nella fruizione tra più soggetti, anche in maniera continuativa nell’ambito del mese

**C H I E D E**

Il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i per l’assistenza al proprio familiare disabile in situazione di gravità.

A tal fine, il dichiarante, è consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa, inoltre, qualora dai controlli previsti dall’articolo71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell’articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti.

**DICHIARA CHE L’ASSISTITO**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(1)**

avente con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela:

o Genitore

o Figlio/a

o Coniuge

o Convivente

o Altro parente o affine entro il II grado (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o Altro parente o affine entro il III grado (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o Altra condizione prevista dalle norme (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità:

* 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;
* è coniugato 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 genitori affetti da patologia invalidante;

A tal fine dichiara:

di fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i alternativamente e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi con l’altro familiare ai sensi del D.Lgs 105/2022: (indicare nominativo e grado parentela):

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rapporto di parentela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rapporto di parentela:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pertanto si impegna a comunicarne la fruizione da parte degli altri familiari con cadenza mensile.

* **nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave.**
* In caso di assistenza a figlio/a, il sottoscritto dichiara che l’altro genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lavoratore presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 I\_\_I usufruisce del medesimo beneficio I\_\_I non usufruisce del medesimo beneficio

Il sottoscritto dichiara inoltre che:

o Il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;

o il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;

o il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate; I\_\_I ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare; I\_\_I ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine;

o il familiare disabile è parente o affine di terzo grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara di essere consapevole degli oneri che la Pubblica Istruzione sopporta per la concessione del beneficio richiesto e delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci, di essere consapevole che assume formale impegno di comunicare tempestivamente l’eventuale intervenuta variazione della situazione di fatto e di diritto che venisse a determinare la perdita delle agevolazioni richieste con la presente istanza;

* Assume, per la migliore organizzazione dell’attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso le richieste di permesso riferite all’intero mese di fruizione.

Allega la seguente documentazione:

• Certificato rilasciato dall’ASL n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attestante lo stato di handicap in situazione di gravità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 del summenzionato familiare;

• Dichiarazione dell’assistito; (MODELLO 1) e fotocopia carta d’identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;

• Nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

• Dichiarazione di altri familiari che esercitano o non esercitano tale diritto. (MODELLO 2) e fotocopia carta d’identità dello/degli stessi;

• Documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.

Mignano Monte Lungo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DEL DIPENDENTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(1)** il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri dal luogo di residenza del familiare assistito, deve attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell’assistito.