

OGGETTO: Richiesta benefici previsti dalla Legge 104/1992 e ss.mm.ii per l'A.S. _____/_____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____
via _____ in servizio presso questo Istituto in
qualità di _____ con rapporto di lavoro a tempo
indeterminato/determinato,

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della l. 104/1992 e ss.mm.ii.

☐ per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;

☐ per assistere il familiare _____
codice fiscale _____
nato/a a _____ il _____ residente
a _____ via _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) e in ottemperanza alle ultime disposizioni normative sulla fruizione dei permessi ex art. 33 della legge 104/1992 e ss.mm.ii.,

DICHIARA

(barrare le voci interessate)

- di essere il referente unico che presta e presterà assistenza in modo continuativo al/alla sig./ra _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ via _____
_____, grado di parentela _____
(coniuge, parente o affine entro il secondo grado/parente o affine entro il terzo grado solo qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap grave abbiano compiuto i sessantacinque anni oppure siano essi stessi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti) è affetto/a da handicap grave con necessità di assistenza continua secondo quanto attestato dal verbale redatto dalla Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap – ASL Commissione Invalidi Civili – sede di _____ ;
- di prestare assistenza al familiare con disabilità insieme ad altri soggetti tra quelli aventi diritto, consapevole del fatto che, fermo restando il vincolo dei tre giorni ex art. 33 c. 3 della l. 104 del 1992 e ss.mm.ii., è possibile fruire dei succitati benefici in via alternativa tra gli aventi diritto;
- che non vi sono altri familiari lavoratori dipendenti che usufruiscono delle agevolazioni previste per legge per l'assistenza della stessa persona *(dichiarazione non richiesta in caso di assistenza al figlio con handicap in situazione di gravità)*;
- che la persona assistita non è ricoverata a tempo pieno presso alcun Istituto di cura pubblico o privato;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e che, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

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

-

Si allegano:

- verbale della commissione medica;
- dichiarazione degli altri familiari, debitamente sottoscritta con allegata fotocopia di un documento di identità in corso di validità, relativa alle motivazioni oggettive che non consentono di prestare assistenza al soggetto con disabilità;
- dichiarazione del soggetto in condizione di disabilità grave, debitamente sottoscritta con allegata fotocopia di un documento di identità in corso di validità, da cui si evinca che il suddetto:
 - a) non può essere assistito dall'eventuale coniuge convivente e/o è vedovo/vedova;
 - b) non è ricoverato a tempo pieno;
 - c) non presta/presta attività lavorativa presso _____;
 - d) è dipendente pubblico/non è dipendente pubblico;
 - e) vuole essere assistito da _____ (indicare il/i nominativi dei soggetti).

Bari, _____
