*DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE*

*DISABILE*

*(LEGGE104/1992 ART.33 COMMA 3)*

 *applicazione del D.L. 105 del 30/06/2022*

**COGNOME E NOME**………………………………………………………………………………………………………..

**LUOGO E DATA DI NASCITA** ………………………………………………………………………………………

**CODICE FISCALE……………………………………………………………………………………..**

**COMUNE DI RESIDENZA**………………………………………………………….……………………………………

**INDIRIZZO**……………………………………………………………………………………..………..……………………

in servizio presso codesto istituto comprensivo in qualità di……………………………………………………………………………………………………………….…………………...…

chiede di fruire dei permessi previsti dall’art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra (nome disabile) ………………………..…………………………………..………

nato/aa………………………………………..……..il…….………..C.F……………………………………..……..

e residente a ……………….……………….…………….con il quale è nella seguente relazione di parentela:………………………………………………………………………………………………………..……………

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti 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:

* nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
* l'altro genitore fruisce alternativamente dei permessi;
* altro familiare fruisce alternativamente dei permessi:

Sig./ra……………………………………………………C.F…………………………………………………….non Dipendente / dipendente presso………………………….……………………………………………..beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio [] familiare[] con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due;

* il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 2° grado:
* 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 stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
* 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;
* è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
* 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;
* si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega:

* copia del verbale 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 10 4/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
* certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni ( in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
* nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
* nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data……………………….. Firma del dipendente……………………..……………………………………………

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

**(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt……………………………………………………………………………………….. nato/a a …………………………………….. il ………….residente in…………………………………………………… prov……..… via/piazza……………………………………………………………..… cap……..……. consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, 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 di …….grado del richiedente in quanto…………..;
* di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra………………………………………………nato a……………………………………………il…………..……..CF………………………………………………..e

residente a ………………………………………………………………………………………………………..

Si allega copia del documento di riconoscimento n……………………….………..rilasciato da…………………………………………………il……………………

firma ……………..……………………………

 Luogo e data………………………