

OGGETTO: Richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge104/1992 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a
in servizio presso l'IC _____ e con completamento presso
.....

CHIEDE

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3 (o comma 6), della Legge 104/1992 ai fini dell'assistenza del/la Sig./ra.....
nato/a..... il.....,
C.F. residente a,
in Via, n....., con cui è legata dal seguente vincolo di parentela

Il/La sottoscritto/a, ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.,

DICHIARA CHE

- nessun altro familiare **contestualmente** beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore Sig./ra C.F....., non dipendente/ dipendente presso, beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- 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;
 - ☐ con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela/affinità di 2°grado..... ;
 - ☐ con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa esiste un rapporto di parentela/affinità di 3°grado (barrare la voce che interessa) e costui:
 - ☐ non 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 invalidante;
 - ☐ è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto;
 - ☐ è separato/a legalmente o divorziato/a;
 - ☐ 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 A CONOSCENZA CHE

- la richiesta dei permessi è finalizzata non a far fronte a necessità di tipo assistenziale (aiuto all'igiene, aiuto all'alimentazione, supporto personale), ma solamente ad esigenze di tipo 'sanitario';

- se il permesso viene chiesto per un soggetto in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso;
- 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) va tempestivamente comunicata all'Ente di appartenenza entro max. 30gg;
- la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l'effettiva tutela dei disabili;
- ai sensi dell'art. 20, comma 3, della Legge 102/2009, l'Amministrazione può, ove ne ravvisi i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL gli accertamenti sulla sussistenza dei requisiti delle condizioni di invalidità ed handicap della persona per la quale si chiede di usufruire dei benefici di cui alla Legge 104/92;
- qualora la Commissione medica, nelle ipotesi di cui ai punti 2) e 3) di seguito indicati, non dovesse riconoscere i benefici di cui all'oggetto, i giorni o le ore già fruiti, saranno trasformati in altra tipologia di assenza.

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL'APPOSITA COMMISSIONE MEDICA di cui all'art.4, comma 1, della 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;
2. Certificazione anagrafica attestante il legame di parentela/affinità con l'assistito o eventuale autocertificazione;
3. dichiarazione dei soggetti in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) -, nella quale vengono indicati i familiari che debbano prestare l'assistenza prevista dalla legge;
4. nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;
5. nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data,

Firma del dipendente

.....