

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Ennio Galice"
Via Toscana, 2
00053 Civitavecchia

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.

__l__ sottoscritt _____ in servizio presso
l'Istituzione scolastica _____, residente in
_____ Via _____ C.A.P.
_____, Tel. _____ e domiciliato in (da indicare se diverso dalla residenza)
_____, Via _____, C.A.P. _____, Tel.

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:

- a titolo personale;
- 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:

- che la persona assistita, affetta da handicap grave non è lavoratore e non è ricoverata a tempo pieno presso alcuna struttura specializzata;

- 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, vale a dire:

- nel nucleo familiare del disabile non è presente alcun familiare maggiorenne non lavoratore in grado di assisterlo;

- nel nucleo familiare del disabile non è presente alcun familiare lavoratore che beneficia di permessi per il disabile stesso;

- che nessuna altra persona (parente o affine entro il 3° grado) usufruisce in via esclusiva dei permessi in questione;

- di prestare assistenza **in via alternativa** con il sig. _____ grado di parentela _____, fermo restando il limite di 3 giorni mensili.

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 con allegata la copia di un valido documento di riconoscimento;
- dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti lo status di referente unico o di condivisione della fruizione dei permessi con altro familiare, per l'assistenza al familiare disabile;
- dichiarazione, eventuale, degli altri familiari che fruiscono alternativamente dei giorni di permesso, con indicazione dettagliata e contatti del datore di lavoro di ciascuno;
- dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti che il familiare disabile non sia ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere pubbliche o private che ne assicurino l'assistenza sanitaria.

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

Civitavecchia,

Firma
