

Alla Dirigente scolastica
IC Piazza Capri – Roma
Dott.ssa Lucia Battista

rmic8ef00x@istruzione.it

Oggetto: Domanda per usufruire dei benefici previsti dalla legge 104/92 per lavoratori, coniugi, parenti o affini entro il 3° grado di persona in condizione di disabilità con necessità di sostegno.

Il 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:

o a titolo personale;

o per assistenza nei confronti del/della sig./ra _____, grado
di _____ parentela _____ residente in
_____ (nel caso in cui il familiare
non sia convivente indicare la distanza Kilometrica tra le due abitazioni: Km _____).

Qualora il familiare da assistere non sia convivente e la distanza tra le due abitazioni sia superiore a 150 Km il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere la persona in condizione di disabilità con necessità di sostegno deve attestare con titolo di viaggio o altra documentazione idonea il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

PRODUCE

a tal fine il relativo certificato medico rilasciato dalla ASL territorialmente competente che attesta la condizione di disabilità con necessità di sostegno, ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge 104/92 propria o del familiare da assistere.

Il campo sottostante dovrà essere compilato soltanto in caso di fruizione dei benefici di cui alla L. 104/1992 per assistenza ad un familiare in condizione di disabilità.

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, in condizione di disabilità con necessità di sostegno, non è ricoverata a tempo pieno presso alcuna struttura specializzata e di essere coniuge, parte di un'unione civile ai sensi dell'articolo 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76, convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36, della medesima legge, parente o affine entro il secondo grado;

oppure

- che la persona da assistere, non ricoverata a tempo pieno presso alcuna struttura specializzata, è un parente di terzo grado privo di genitori o del coniuge o di parte di un'unione civile o del convivente di fatto poiché:
 - mancanti;
 - affetti da patologie invalidanti documentate;
 - ultrasessantacinquenni.

DICHIARA ALTRESÌ

- di prestare assistenza in via **esclusiva e continuativa**, in quanto unico familiare che presta assistenza:

oppure

- di prestare assistenza **in via alternativa** con il/i familiare/i _____ grado di parentela _____, fermo restando il limite di 3 giornate mensili.

Si allega in copia:

- verbale della Commissione medica da cui risulti la condizione di disabilità con necessità di sostegno ex art. 3, comma 3, della 104/1992 propria o del familiare da assistere;
- dichiarazione sottoscritta dal familiare da assistere contenente la manifestazione di volontà di volersi far assistere dal richiedente il permesso con allegata la copia di un valido documento di riconoscimento;
- dichiarazione, eventuale, degli altri familiari che fruiscono alternativamente dei giorni di permesso, con indicazione dettagliata e contatti del datore di lavoro di ciascuno.

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

Roma,

Firma

Alla Dirigente scolastica
IC Piazza Capri – Roma
Dott.ssa Lucia Battista

OGGETTO: RICHIESTA PER L’A.S. 20__ \ __ DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA’ GRAVE – ART. 33 L. 104\1992

Dichiarazione del familiare da assistere contenente la manifestazione di volontà di volersi far assistere dal richiedente il permesso.

In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio.

Il/La sottoscritt _____ nat__ a _____
prov. () il _____, familiare con disabilità grave con la presente

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il/la Sig./ra _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____, il \ la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall’art. 33 della L. 104\92, è il referente alla propria assistenza e che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario. Si allega documento di identità del sottoscritto.

IN FEDE

Data,
Luogo,