

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: Richiesta di ammissione alla fruizione dei benefici per l'assistenza ad un familiare in condizione di disabilità grave, ai sensi della L.104/92 (art. 33) e del D.Lgs. 151/2001 (art. 33 e art. 42, commi 1 e 2).

Il/la _____ sottoscritto/a _____ Codice
fiscale _____ nato/a _____ prov. _____ il _____
_____ residente a _____ prov. _____
Via _____ dipendente in qualità di _____
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato tempo determinato fino
al _____ tempo pieno tempo parziale (specificare: orizzontale verticale
h settimanali _____)

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi mensili e delle agevolazioni previste dalla normativa in oggetto, in quanto:

- Genitore, anche adottivo, con figlio in situazione di disabilità grave
- Coniuge, parente o affine entro il secondo grado di persona con disabilità grave Parente o affine di terzo grado di persona con disabilità grave

A tal fine rilascia
verbale Legge 104_92

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'
Concernente fatti, stati, o qualità a diretta conoscenza dell'interessato
(Art. 47 DPR 28/12/2000 n.445)

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole che, ai sensi dell'art. 33, comma 7-bis della legge n. 104/1992, fermo restando la verifica dei presupposti per l'accertamento della responsabilità disciplinare, il lavoratore decade dai diritti di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992, qualora il datore di lavoro accerti l'insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei medesimi diritti; sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

DATI DEL DISABILE DA ASSISTERE:

(dati necessari anche per adempiere al debito informativo di cui all'art. 24, commi 4 e 5, della legge n. 183/2010)

-Cognome: _____ Nome: _____

- Sesso: Maschio Femmina

- Luogo di nascita: _____

- Nazione: _____

- Provincia: _____ Comune: _____

- Data di Nascita: _____ Codice Fiscale: _____

-Residenza: Provincia: _____ Comune: _____

Via: _____

- Tipo disabilità:

 Non Rivedibile Rivedibile Anno Revisione _____

- Parentela: _____

Parente o affine di III Grado (solo in questa ipotesi compilare la parte che segue)

Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di III grado (specificare rapporto di parentela: _____):

o non è coniugato o è vedovo/a

o è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età

o è coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (da documentare)

o è separato legalmente

o divorziato (da documentare)

o è coniugato ma in situazione di abbandono

o ha uno

o entrambi i genitori deceduti

o ha uno

o entrambi i genitori con più di 65 anni di età

o ha uno

o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (da documentare)

- L'assistito è dipendente pubblico: SI NO

se dipendente pubblico indicare: tipo rapporto/contratto: Tempo indeterminato

Tempo determinato

Amministrazione: _____

Parte da compilare (in aggiunta a quella precedente) se il disabile assistito è il proprio figlio:

- se l'assistito è un figlio indicare se:
- è minore di tre anni: SI NO
- la fruizione è alternativa con l'altro genitore:
SI NO

in caso di risposta affermativa indicare il nome del coniuge:

_____ nato nel Comune di _____ (___), il

- l'altro genitore è dipendente pubblico SI NO

se si quale amministrazione: _____

DICHIARA

- che sussistono tutte le condizioni ed i presupposti per la legittima fruizione dei benefici richiesti, di seguito elencate (non occorre indicarle, poiché la sottoscrizione del modulo equivale a implicita dichiarazione di esistenza delle condizioni elencate):
- di essere stato scelto dal familiare disabile quale *referente unico* per l'attività di assistenza (nota bene: nel caso di assistenza al figlio disabile, le agevolazioni in esame possono essere fruite da entrambi i genitori, alternativamente) e di assumere il ruolo, e la connessa responsabilità, di punto di riferimento della gestione generale dell'intervento assistenziale, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della sua rispondenza ai bisogni del disabile assistito;
- che, essendo io il referente unico per l'attività di assistenza al soggetto disabile, nessun altro familiare è stato ammesso dal proprio datore di lavoro (pubblico o privato) alla fruizione delle agevolazioni previste dalla legge n. 104/1992 e del congedo straordinario di cui all'art. 42, comma 5, del D.lgs. n. 151/2001;
- di prestare effettivamente attività di assistenza nei confronti della persona disabile per cui è richiesto il beneficio in oggetto;
- il familiare disabile assistito non è ricoverato a tempo pieno;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere 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 sopporta solo per l'effettiva tutela del disabile;
- che la copia della documentazione relativa alla gravità dell'handicap è conforme all'originale;

Dichiaro,

infine, che vi sono i seguenti altri familiari della persona disabile assistita che potrebbero fruire dei benefici in esame in quanto parenti od affini entro il 2° grado, titolari di un contratto di lavoro subordinato, con datore di lavoro privato o pubblico: *(in questa ipotesi va compilata la sezione che segue, per ciascun familiare lavoratore dipendente.*

NB la mancata compilazione di questa sezione equivale a dichiarazione di assenza di altri familiari legittimati, in alternativa al richiedente, alla fruizione dei permessi)

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____
_____ Luogo di nascita _____ Comune di residenza _____
_____ Indirizzo _____ Datore di lavoro: _____
_____ Indirizzo: _____ Telefono _____

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____
_____ Luogo di nascita _____ Comune di residenza _____
_____ Indirizzo _____ Datore di lavoro: _____
_____ Indirizzo: _____ Telefono _____

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni. A titolo di esempio, tra le situazioni che possono dar luogo alla decadenza o alla sospensione del diritto a fruire delle agevolazione, si menzionano:

- il venir meno della situazione di handicap grave a seguito della visita di revisione,
- il decesso della persona in situazione di handicap grave,
- la circostanza che un altro familiare del disabile assistito sia ammesso dal proprio datore di lavoro a fruire dei permessi mensili o del congedo straordinario,
- di impegnarsi inoltre a comunicare ogni variazione circa i dati precedentemente comunicati in relazione al familiare assistito (ad esempio i dati relativi alla residenza anagrafica, i dati relativi all'eventuale rapporto di lavoro con una pubblica amministrazione).

ALLEGA: (allegare uno dei due documenti di seguito descritti)

- Copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, della Legge n. 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 n. 104/1992 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 (allegare anche copia della suddetta istanza), non è stato ancora rilasciato il verbale della competente Commissione medica (verbale che dovrà essere presentato non appena disponibile).
- Allego inoltre, nei casi previsti (relativi alla ipotesi di assistenza di parente/affine di terzo grado): la documentazione sanitaria attestante la 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, il provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

IL DICHIARANTE _____, li _____

Allegare fotocopia del proprio documento di identità.

Indicare il proprio recapito telefonico e l'indirizzo di posta elettronica, al quale l'Ufficio potrà inviare eventuali richieste di informazione o di integrazione in merito alla pratica:

Tel: _____ E-mail: _____

Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili del dipendente ai sensi dell'art. 13

del D. Lgs 196/2003 Si informa che i dati personali e sensibili che Lei riguardano e da Lei forniti saranno trattati dall'Istituto mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

Il trattamento dei dati è effettuato per adempiere alle finalità previste dagli istituti che disciplinano il rapporto di lavoro, così come regolamentati da leggi, contratti, accordi di lavoro.

Tale trattamento non necessita del consenso in quanto è conseguente agli obblighi derivanti dal rapporto di lavoro. In caso di rifiuto al conferimento dei dati indicati l'ufficio potrebbe essere impossibilitato a gestire l'istituto richiesto.

Titolare del trattamento I.T.I.S. Pacinotti - Fondi