

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC FRATTAMAGGIORE 3 "GENOINO"

MODULO RICHIESTA FRUIZIONE BENEFICI LEGGE 104/1992

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
_____ il _____ Codice Fiscale _____ residente in _____
_____ via _____
cap _____

In servizio presso questa istituzione scolastica nel ruolo di _____ con
contratto a tempo _____,

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000,

CHIEDE

Il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e ss.mm.ii

_ A titolo personale

_ per l'assistenza al proprio familiare disabile in situazione di gravità.

A tal fine, il dichiarante, è consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dal D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa.

DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ nato il _____ a _____
_____ prov _____, residente in _____
_____, prov _____ Cap _____

avente con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela:

- ☐ Genitore
- ☐ Figlio/a
- ☐ Coniuge

- ☐ Convivente
- ☐ Altro parente o affine entro il II grado (specificare) _____
- ☐ Altro parente o affine entro il III grado (specificare) _____
- ☐ Altra condizione prevista dalle norme (specificare) _____

che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità:

- ☐ 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 separato legalmente o divorziato;
- ☐ è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti, o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ☐ ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000,

che presta assistenza al\alla sig.\sig.ra di cui sopra al seguente indirizzo:

via _____ - n. _____ CAP. _____
 _____ Città _____ Provincia _____

Per cui per raggiungere la\il sig.\sig.ra di cui sopra deve percorrere:

- ☐ Meno di 150 km
- ☐ Più di 150 Km e quindi attesterà con titolo di viaggio o altra idonea documentazione il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito. Il sottoscritto è consapevole che se utilizza il mezzo privato dovrà tener conto della necessità di munirsi di idonea documentazione comprovante l'effettiva presenza in loco; la documentazione di cui sopra dovrà essere consegnata il giorno del rientro in servizio.

In caso di assistenza a figlio/a, il\la sottoscritto\la dichiara che l'altro
 genitore _____, nato _____ a
 _____ il _____ codice fiscale _____
 _____ lavoratore presso _____
 con sede in _____ I__I usufruisce del medesimo beneficio I__I non
 usufruisce del medesimo beneficio

In caso di assistenza a familiare disabile parente o affine entro il terzo grado di parentela il/la sottoscritto/a dichiara che i genitori o il coniuge o i figli della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, (specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra:

Il sottoscritto dichiara che né il coniuge, né i genitori, né i parenti o affini entro il II grado di parentela del/della sig./sig.ra _____ si avvalgono dei benefici previsti dalla L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Il sottoscritto dichiara inoltre che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave ovvero che il seguente familiare _____ nato a _____ il _____ dipendente _____ presso _____ beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave. Di essere consapevole che in caso di fruizione dei benefici da parte di più parenti e/o affini i giorni di permesso sono fruibili alternativamente e non possono superare il limite previsto dei tre giorni mensili.

Il sottoscritto dichiara inoltre che:

- ☐ Il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- ☐ il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
- ☐ il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate;

I__I ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare;

I__I ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine;

Allega a tal fine la seguente documentazione:

- ☐ copia del verbale definitivo/provvisorio 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 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito);
- ☐ dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge. o nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
- ☐ fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare disabile.

Il/la sottoscritto/a, che fruisce già di permessi di cui alla L. 104/1992 e s.m.i per il seguente familiare disabile _____, dichiara di essere a conoscenza che il cumulo di più permessi in capo allo stesso lavoratore è ammissibile solo a condizione che il familiare da assistere sia il coniuge o un parente o un affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora uno dei genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni o siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/la sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile _____ dichiara 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 nei periodi dichiarati.

Il sottoscritto dichiara che è in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza e che al fine di garantire la funzionalità del servizio e la migliore organizzazione dell'attività amministrativa, predispone, di norma, una programmazione mensile dei giorni o delle ore in cui intende assentarsi, da comunicare all'ufficio di appartenenza all'inizio di ogni mese. In caso di necessità ed urgenza, che dovrà essere adeguatamente documentata, la relativa comunicazione sarà presentata nelle 24 ore precedenti la fruizione dello stesso e, comunque, non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui utilizzerò il permesso.

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati da questa amministrazione esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni.

I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi.

I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni Pubbliche qualora vengano richiesti per il trattamento di procedimenti di propria competenza.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

LUOGO E DATA

FIRMA IL DICHIARANTE

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA

PROT. N. _____ DEL _____

VISTO IL DS DOTT.SSA ANGELA CECERE