

DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE
(LEGGE n. 104/1992 ART.33 COMMA 3)

Al Capo Settore Amministrativo
del Comune di Scicli
Dott.ssa Sgarlata Maria
Ufficio Gestione Giuridica

Il/la sottoscritto _____ cod.fiscale _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____ Stato _____

Cittadinanza _____ Residente in _____ Via _____ n° _____ Prov. _____

In servizio presso questo Comune in qualità di _____

con rapporto di lavoro a tempo pieno

con rapporto di lavoro part time orizzontale verticale: n° giorni _____

CHIEDE

di fruire dei permessi retribuiti previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il/la
Sig. Cognome _____ Nome _____,

Grado di parentela _____.

In particolare, chiede di fruire del seguente beneficio: (nota: optare per uno dei benefici indicati)

3 giorni di permesso mensili;

2 ore di permesso al giorno (1h se l'orario di lavoro è inferiore a 6 ore).

A TAL FINE RILASCIA

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 personale responsabilità.

Consapevole, inoltre, del fatto che l'Ente potrà operare, in sede di istruttoria della presente richiesta, dei controlli diretti a verificare la sussistenza del diritto a fruire delle agevolazioni in esame e che potranno, inoltre, essere attivati controlli a campione, a cura dell'ufficio preposto, sul contenuto delle dichiarazioni sostitutive di certificazione presentate dai dipendenti;

DICHIARA

DATI DEL DISABILE DA ASSISTERE:

Cognome _____ Nome _____,

Luogo di nascita: _____ Data _____ Cod.fiscale _____

Nazione: _____

Provincia: _____ Comune: _____

Grado di parentela _____.

Residenza: Provincia _____ Comune _____ Via _____ n. _____

Tipo disabilità: Non Rivedibile

Rivedibile: Anno e mese di Revisione _____

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- 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,
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

• è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno giuridico e morale a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

• è 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 sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;

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;

si impegna a comunicare tempestivamente 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).

Si allega:

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.

nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

fotocopia documento di identità in corso di validità.

Scicli, _____

Firma del dipendente dichiarante _____

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/la sottoscritto _____ nato/a _____ il _____
residente in _____ prov _____ Via/piazza _____ n° _____ cap _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per
dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....Prat.n°.....;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno presso le strutture ospedaliere o comunque le strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria (Circ.Funzione Pubblica, 6 dicembre 2010, n13);
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente affine di _____grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito dalla Sig./ra _____nato/a _____ il _____.

Si allega copia di documento di identità in corso di validità.

Scicli, _____

Firma
