

OGGETTO: domanda riconoscimento L. 104/92 per **assistenza** portatore disabilità grave

Il/la sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____
con la qualifica di ☐ docente ☐ Collaboratore scolastico ☐ Ass. amministrativo ☐ DSGA
assunto/a con contratto a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato fino al _____
e con rapporto di lavoro a ☐ tempo parziale verticale ____% ☐ parziale orizzontale ____%

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi retribuiti mensili di cui all'art. 33, comma 3 della Legge 104/92 e *smi* e si impegna a comunicare preventivamente, quando oggettivamente possibile, i giorni di assenza al fine del buon andamento del servizio, per assistere:

DATI DELLA PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITÀ GRAVE (di cui all'art. 3 , comma 3 della Legge 104/92)

Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
residente a _____ (prov. _____)
indirizzo _____
Codice fiscale _____

☐ Figlio/a

☐ Figlio/a adottato/a - affidato/a: data provvedimento di adozione/affidamento _____

☐ Coniuge o parte di un'unione civile;

☐ Convivente di fatto ai sensi dell'art. 1 co. 36 L. 76/2016;

☐ Parente o affine entro il 2° grado (specificare parentela o affinità: es. genitore, nonno, fratello, sorella ecc.)

☐ Parente entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge o la parte di un'unione civile o il convivente di fatto ai sensi dell'art. 1 co. 36 L. 76/2016 della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti;

☐ portatore di handicap grave, accertato dall'INPS competente in data _____

con validità: _____

☐ non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati (casa di riposo, r.s.a., ospedali, ecc.);

☐ Il/la suindicato/a disabile non presta attività lavorativa;

☐ Il/la suindicato/a disabile presta attività lavorativa presso (indicare Datore di lavoro ed indirizzo):

e ☐ beneficia ☐ non beneficia dei permessi previsti dalla Legge 104/92 per se stesso

A L L E G A

Il certificato attestante la gravità dell'handicap

Luogo e data _____

Firma _____

D I C H I A R A

☐ di essere convivente con il soggetto disabile grave;

☐ di non essere convivente con il disabile grave al quale viene prestata l'assistenza rispetto alle concrete esigenze della persona con disabilità grave e la distanza chilometrica tra le due abitazioni è di Km: _____;

☐ di non essere convivente con il disabile grave e che la distanza chilometrica tra il comune di residenza del sottoscritto e il comune di residenza del disabile è superiore a 150 Km (in tal caso si impegna ad allegare il titolo di viaggio comprovante di aver raggiunto effettivamente l'assistito).

Ai sensi dell'art. 33 co. 3 l. 104/92 e *smi* i permessi sono fruibili da parte di un solo familiare (tra quelli indicati all'art. 33 co. 3 l. 104/92) o da più familiari di cui al medesimo articolo in via alternativa fra loro nel limite massimo complessivo di 3 giorni al mese per assistito. Pertanto il sottoscritto

D I C H I A R A

☐ di voler usufruire in via esclusiva dei permessi (3 giorni al mese), fatta salva in ogni caso la possibilità di modificare successivamente tale indicazione ai sensi dell'art. 33 co. 3 l. 104/1992 (fruizione alternativa con altri familiari nei limiti dei 3 giorni al mese)

oppure

[] di voler usufruire dei permessi, nel limite massimo complessivo di 3 giorni al mese, in alternanza con il /i seguente/i familiare/i, che già usufruisce/usufruiscono dei permessi per il medesimo disabile, di seguito indicati:

1° familiare:

Cognome e Nome _____

Codice fiscale _____

[] non dipendente / oppure [] dipendente presso

Via _____ CAP _____

Comune _____ provincia _____

2° familiare:

Cognome e Nome _____

Codice fiscale _____

[] non dipendente / oppure [] dipendente presso

Via _____ CAP _____

Comune _____ provincia _____

3° familiare:

Cognome e Nome _____

Codice fiscale _____

[] non dipendente / oppure [] dipendente presso

Via _____ CAP _____

Comune _____ provincia _____

SEZIONE DA COMPILARE SOLAMENTE NEL CASO IN CUI IL RICHIEDENTE INTENDA USUFRUIRE IN VIA ESCLUSIVA DEI 3 GIORNI AL MESE

[] si dichiara che, oltre al dichiarante, i parenti e/o affini entro il terzo grado della persona da assistere, compreso il coniuge, la parte di una unione civile e il convivente di fatto, lavoratori dipendenti pubblici o privati, sono le persone sotto indicate:

Nome e cognome _____

nato il _____ a _____

Indicare grado di parentela/affinità/coniugio e status equiparati rispetto al disabile:

dipendente dalla ditta _____

indirizzo _____

CAP _____ Comune _____ (prov. _____)

Nome e cognome _____

nato il _____ a _____

Indicare grado di parentela/affinità/coniugio e status equiparati rispetto al disabile:

dipendente dalla ditta _____

indirizzo _____

CAP _____ Comune _____ (prov. _____)

Nome e cognome _____

nato il _____ a _____

Indicare grado di parentela/affinità/coniugio e status equiparati rispetto al disabile:

dipendente dalla ditta _____

indirizzo _____

CAP _____ Comune _____ (prov. _____)

[] che nessuna delle persone sopra indicate ha chiesto né usufruisce, al momento della presentazione della presente domanda, dei benefici della legge 104/92;

OPPURE

[] che, oltre al dichiarante, non vi sono altri parenti e/o affini entro il terzo grado della persona da assistere, compreso il coniuge, la parte di una unione civile, il convivente di fatto, che siano lavoratori dipendenti pubblici o privati.

SOLO PER DARE ASSISTENZA A FAMILIARI DI 3° GRADO

[] Il sottoscritto dichiara che è sussistente almeno una delle seguenti condizioni: i genitori o il coniuge o la parte di un'unione civile o il convivente di fatto ai sensi dell'art. 1 co. 36 L. 76/2016 della persona con handicap in situazione di gravità hanno compiuto i sessantacinque anni di età oppure sono anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (indicare quale delle precedenti condizioni è sussistente _____)

SOLO IN CASO DI SECONDA RICHIESTA DI BENEFICI

Il sottoscritto dichiara che il familiare per il quale presta già assistenza in forza di precedente richiesta di benefici ex l. 104/92:

[] è proprio parente o affine entro il primo grado, coniuge o parte di un'unione civile, convivente di fatto ai sensi dell'art. 1 co. 36 l. 76/2016;

[] è proprio parente o affine entro il secondo grado e i genitori o il coniuge della persona con disabilità in situazione di gravità hanno compiuto i 65 anni d'età oppure sono anch'essi affetti da patologie invalidanti o sono deceduti o mancanti (indicare quale delle precedenti condizioni è sussistente _____)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del disabile grave presso istituti specializzati ovvero presso una qualsiasi struttura ospedaliera, anche se non legata direttamente o indirettamente alla disabilità;
- la revisione del giudizio di gravità della disabilità;
- la fruizione dei permessi, per lo stesso disabile grave, da parte di altri familiari;

- il decesso.

Il dipendente 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 del disabile.

Il/La sottoscritto/a inoltre:

- è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 DPR n 445/2000;
- è consapevole che decade dai benefici acquisiti sulla base di dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a:

- è informato che il CPIA metropolitano di Bologna tratterà i dati forniti, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati potrebbero essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale (art.13 d. lgs. 196/2003 e art. 13 Regolamento UE 2016/679);

- è consapevole che il titolare del trattamento dei dati personali è il CPIA metropolitano di Bologna;

- è consapevole di poter esercitare i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, ed in particolare il diritto di accesso ai dati personali che lo riguardano in corso di trattamento e alle altre informazioni di cui all'art. 15, par. 1, Regolamento UE 2016/679 e di poter proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma. Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a bomm36300d@istruzione.it.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla Legge ex art. 7 D.L.vo 196/2003, acconsente al trattamento dei dati con le modalità e per le finalità indicate nella normativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

Luogo e data, _____

Firma
