

DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE

(LEGGE n. 104/1992 ART.33 COMMA 3)

COGNOME E NOME.....

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE.....

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO.....

STRUTTURA DI APPARTENENZA.....

chiede di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra
(nome disabile)

nato/a ail.....

C.F.e residente a

con il quale è nella seguente relazione di parentela:.....

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore:
Sig./ra _____ CF. _____
_____ non _____ dipendente/dipendente presso _____
_____ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
 - 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 stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - 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 - morale oltre che giuridico - 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: (NEL SOLO CASO IN CUI NON SIA STATO PRODOTTO):

- **copia del verbale definitivo/provisorio 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).
- **certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere**, se, trascorsi 15 gg (in caso di patologie oncologiche) o 90 gg (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile).
- **provvedimento giudiziale dal cui contenuto risulti lo stato di "disabilità grave"** ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- **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, documentazione sanitaria attestante 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.
- **nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.**
- **fotocopia documento di identità in corso di validità.**

Luogo e Data.....

Firma del/la dipendente

.....

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a(.....) il

residente in..... (.....) - CAP

via/piazza.....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.....in data
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato/aa tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per se stesso/a;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente digrado del/la richiedente in quanto.....;
- di voler essere assistito/ain via esclusiva dal/la Sig./ra.....
nato/a a (.....) il.....
C.F. residente a

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

Luogo e Data

Firma

.....

