

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3

Il/L_ sottoscritt_ _____

nat_ a _____ prov. (____), il

codice fiscale _____

qualifica _____ tempo

determinato/indeterminato

presso _____

CHIEDE

Il riconoscimento del diritto di fruizione dei benefici previsti dall'art.33, c.3 della Legge n°104/92, per assistenza a familiare disabile.

Il/L_ sottoscritt_ __ 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 L'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____,

Codice Fiscale _____ nata/o il _____

a _____, prov.____ residente in _____, prov.____ Cap. ____

avente con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela:

- Genitore
- Figlia/o
- Coniuge
- Convivente
- Altro parente o affine entro il 2° grado (specificare) _____,
- Altro parente o affine entro di terzo grado (specificare) _____,
- Altra condizione prevista dalle norme (specificare) il _____,

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

- Non è coniugato
- E' vedovo
- È coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante

- È separato legalmente o divorziato
- Ha uno o entrambi i genitori deceduti
- Ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
- Ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante

In caso di assistenza a figlio/a, il sottoscritto dichiara che l'altro genitore _____,
nato/a _____, il _____,

codice fiscale _____, residente in _____, via _____ n° ____, lavoratore
presso _____,

- Usufruisce del medesimo beneficio
- Non usufruisce del medesimo beneficio

Il sottoscritto dichiara, inoltre, che il familiare disabile:

- Non è ricoverato a tempo pieno a tempo pieno in una struttura sanitaria;
- E' ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
- E' ricoverato a tempo pieno in una struttura sanitaria e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche /terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante, debitamente documentate; ovvero che il disabile è in situazione di gravità per la quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte dell'istante; ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine;
- Il familiare disabile è parente o affine di terzo grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile sono deceduti o mancanti o hanno compiuto i 65 anni di età oppure sono affetti da patologia invalidante (specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra:

Si 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.

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 Area Risorse e Sistemi Settore Personale e Sviluppo Organizzativo Unità Organizzativa Personale Tecnico Amministrativo e Dirigenti 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/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita delle agevolazioni. Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dall'Università degli Studi del Sannio 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, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445). Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante, decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui all'art.33, c.3:

- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Si allega: - copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di
disabilità grave ai sensi dell'art.3 -comma 3- della Legge 104/1992;

- fotocopia carta di identità e codice fiscale dell'avente diritto.

Firma _____

_____li _____