**Modulo richiesta concessione agevolazioni Legge 104/92 per assistenza ad un familiare disabile**

**Al Dirigente Scolastico**

dell’Istituto Magistrale

“Maria Immacolata”

San Giovanni Rotondo

**OGGETTO: Richiesta di ammissione alla fruizione dei benefici per l’assistenza ad un familiare in condizione di disabilità grave, ai sensi della L.104/92 art. 33( comma 3 art.3) e del D.Lgs. 151/2001 (art. 33 e art. 42, commi 1 e 2).**

Il/la sottoscritto/a Codice fiscale \_ nato/a prov. il residente a \_\_ prov. Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dipendente in qualità di □ con rapporto di lavoro a tempo indeterminato

 □ tempo determinato fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ tempo pieno □tempo parziale

**CHIEDE**

di poter usufruire dei permessi mensili e delle agevolazioni previste dalla normativa in oggetto, in quanto:

□ **Genitore, anche adottivo, con figlio in situazione di disabilità grave**

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

□ 3 giorni di permesso mensili

(nota: il diritto a fruire dei permessi giornalieri può essere esercitato dalla data di riconoscimento della situazione di disabilità grave)

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

(nota: le due ore di permesso giornaliero retribuito possono essere chieste solo a partire dalla conclusione del periodo di normale congedo parentale teoricamente fruibile dal genitore richiedente e fino ai tre anni di età del figlio)

□ **Coniuge, parente o affine entro il secondo grado di persona con disabilità grave**

□**Parente o affine di terzo grado di persona con disabilità grave**

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 responsabilità.

Consapevole inoltre del fatto che l’Azienda USL di Ravenna 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 del Servizio Ispettivo Aziendale, sul contenuto delle dichiarazioni sostitutive di certificazione presentate dai dipendenti (secondo le modalità previste dal Regolamento aziendale in materia)

**DICHIARA**

**DATI DEL DISABILE DA ASSISTERE:** (dati necessari anche per adempiere al debito informativo di cui all’art. 24, commi 4 e 5, della legge n. 183/2010)

**-** Cognome: Nome:

- Sesso: □ Maschio □ Femmina

- Luogo di nascita:

- Nazione:

- Provincia: Comune:

- Data di Nascita: Codice Fiscale:

- Residenza: Provincia: Comune: Via:

- Tipo disabilità: □ Non Rivedibile □ Rivedibile Anno Revisione \_\_\_\_

- Parentela: (il grado di parentela è riferito alla persona assistita. Ad esempio, nel caso si assista un figlio, il grado di parentela del dipendente beneficiario dei permessi è **Genitore**, quindi occorre specificare, nella sezione successiva, se l’assistito (figlio) è minore di tre anni o maggiore e se l'assistenza è prestata congiuntamente all’altro coniuge.

 Se, invece, la persona assistita è il genitore, il grado di parentela che deve essere inserito è **Figlio**).

 □ Genitore □Coniuge □Figlio □Parente o affine fino al II Grado: (specificare)

 □ Parente o affine di III Grado (solo in questa ipotesi compilare la parte che segue)

Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di III grado

(specificare rapporto di parentela: ):

o non è coniugato

o è vedovo/a

o è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età

o è coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (da documentare)

o è separato legalmente o divorziato (da documentare)

o è coniugato ma in situazione di abbandono

o ha uno o entrambi i genitori deceduti

o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età

o ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (da documentare)

- L'assistito è dipendente pubblico: SI □ NO □

se dipendente pubblico indicare:

tipo rapporto/contratto: □Tempo indeterminato □Tempo determinato

Amministrazione:

**Parte da compilare (in aggiunta a quella precedente) se il disabile assistito è il proprio figlio:**

- se l’assistito è un figlio indicare se:

- è minore di tre anni: SI □ NO □

- la fruizione è alternativa con l’altro genitore: SI □ NO □ in caso di risposta affermativa indicare il nome del coniuge:

 nato nel Comune di ( ), il

- l'altro genitore è dipendente pubblico SI NO

se si quale amministrazione:

**DICHIARA che sussistono tutte le condizioni ed i presupposti per la legittima fruizione dei benefici richiesti, di seguito elencate (non occorre indicarle, poiché la sottoscrizione del modulo equivale a implicita dichiarazione di esistenza delle condizioni elencate):**

. di essere stato scelto dal familiare disabile quale referente unico per l’attività di assistenza (nota bene: nel caso di assistenza al figlio disabile, le agevolazioni in esame possono essere fruite da entrambi i genitori, alternativamente) e di assumere il ruolo, e la connessa responsabilità, di punto di riferimento della gestione generale dell’intervento assistenziale, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della sua rispondenza ai bisogni del disabile assistito;

. che, essendo io il referente unico per l’attività di assistenza al soggetto disabile, nessun altro familiare è stato ammesso dal proprio datore di lavoro (pubblico o privato) alla fruizione delle agevolazioni previste dalla legge n.

104/1992 e del congedo straordinario di cui all’art. 42, comma 5, del D.lgs. n. 151/2001;

. di prestare effettivamente attività di assistenza nei confronti della persona disabile per cui è richiesto il beneficio in oggetto;

. che il familiare disabile assistito non è ricoverato a tempo pieno;

. 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;

. di essere 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 sopporta solo per l’effettiva tutela del disabile;

. che la copia della documentazione relativa alla gravità dell’handicap è conforme all’originale;

Dichiaro inoltre di avere preso visione del documento “Informativa al personale dipendente e ai Responsabili gestionali in merito ai permessi ed ai congedi per l’assistenza alle persone con disabilità grave di cui alla legge n. 104/1992 e al d.lgs.

151/2001.

Dichiaro, infine, che vi sono i seguenti altri familiari della persona disabile assistita che potrebbero fruire dei benefici in esame in quanto parenti od affini entro il 2° grado, titolari di un contratto di lavoro subordinato, con datore di lavoro privato o pubblico:

(in questa ipotesi va compilata la sezione che segue, per ciascun familiare lavoratore dipendente. NB la mancata compilazione di questa sezione equivale a dichiarazione di assenza di altri familiari legittimati, in alternativa al richiedente, alla fruizione dei permessi)

Nome Cognome Data di nascita Luogo di nascita Comune di residenza Indirizzo Datore di lavoro: Indirizzo: Telefono

Nome Cognome Data di nascita Luogo di nascita Comune di residenza Indirizzo Datore di lavoro: Indirizzo: Telefono

Nome Cognome Data di nascita Luogo di nascita Comune di residenza Indirizzo Datore di lavoro: Indirizzo: Telefono

Nome Cognome Data di nascita Luogo di nascita Comune di residenza Indirizzo Datore di lavoro: Indirizzo: Telefono

Nome Cognome Data di nascita Luogo di nascita Comune di residenza Indirizzo Datore di lavoro: Indirizzo: Telefono

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni. A titolo di esempio, tra le situazioni che possono dar luogo alla decadenza o alla sospensione dei diritto a fruire delle agevolazione, si menzionano:

. il venir meno della situazione di handicap grave a seguito della visita di revisione,

. il decesso della persona in situazione di handicap grave,

. la circostanza che un altro familiare del disabile assistito sia ammesso dal proprio datore di lavoro a fruire dei permessi mensili o del congedo straordinario,

. di impegnarsi inoltre a comunicare ogni variazione circa i dati precedentemente comunicati in relazione al familiare assistito (ad esempio i dati relativi alla residenza anagrafica, i dati relativi all’eventuale rapporto di lavoro con una pubblica amministrazione).

**ALLEGA: (allegare uno dei due documenti di seguito descritti)**

 **Copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all’art. 4, comma 1, della Legge n. 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 n. 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.**

 **Certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell’istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave (allegare anche copia della suddetta istanza), non è stato ancora rilasciato il verbale della competente Commissione medica (verbale che dovrà essere presentato non appena**

**disponibile).**

Allego inoltre, nei casi previsti (relativi alla ipotesi di assistenza di parente/affine di terzo grado):

 la documentazione sanitaria attestante la 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,

 il provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

IL DICHIARANTE

 , lì

**Allegare fotocopia del proprio documento di identità.**

Indicare il proprio recapito telefonico e l’indirizzo di posta elettronica, al quale l’Ufficio potrà inviare eventuali richieste di informazione o di integrazione in merito alla pratica:

Tel: E-mail:

**Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili del dipendente ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs 196/2003**