

Oggetto: Istanza per la fruizione di permessi retribuiti per l'assistenza ai portatori di handicap in situazione di gravità - L.104/92.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, e residente a _____ in via _____, in servizio presso codesto istituto in qualità di _____, in applicazione dell'art. 33 della Legge 05/02/1992, n.104, come modificato dall'art. 20 della Legge n. 53 dell'8 marzo 2000 e dall'art. 24 della legge n. 183 del 4 novembre 2010,

CHIEDE

Alla S.V. di essere ammesso a fruire dei permessi retribuiti, previsti dalla citata normativa, per "assistere le persone in situazione di handicap grave" per l'assistenza del Sig. _____, disabile in situazione di handicap grave accertato dal _____ di _____ in data ____/____/____, disponendone la revisione a _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, per i fini previsti dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000,

DICHIARA

- Di avere il seguente rapporto di parentela con il richiedente:
 - coniuge, parente o affine entro il *secondo grado*
 - parente o affine entro il terzo grado
- di essere consapevole che:
 - l'assistenza deve essere prestata nei confronti del disabile per il quale sono richiesti i permessi;
 - i permessi sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
 - la possibilità di fruire dei permessi comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
 - il diritto alla fruizione dei permessi "non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità", il sottoscritto dichiara pertanto di essere "**Unico Referente**" per l'assistenza alla stessa persona in situazione di "handicap grave" e che nessun altro componente il nucleo familiare o parente del soggetto disabile interessato alla presente istanza ha in godimento i benefici di cui alla legge

DICHIARA INOLTRE

- che il soggetto disabile al quale assicurerà l'assistenza *non è ricoverato a tempo pieno* presso "strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria".

Oppure:

che il soggetto disabile al quale assicurerà l'assistenza (come risulta dalla documentazione medica allegata) si trova in situazione di:

- Interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;
- ricovero a tempo pieno in coma vigile/o situazione terminale;
- ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare;

SI IMPEGNA

- a *comunicare tempestivamente il mutamento o la cessazione* della situazione di fatto e di diritto che comporta il venir meno della titolarità dei benefici
- ad aggiornare la documentazione prodotta a supporto della presente istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione.

Il sottoscritto, infine, *dichiara di essere stato informato* che:

- i dati forniti sono acquisiti dalla Scuola esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003.
- il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.
- i dati saranno oggetto di rilevazione e trasmissione alla banca dati presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai sensi dell'art.24, commi 4-6 della L.183/2010

Allo scopo allega:

1. Originale o copia conforme all'originale del Verbale di accertamento dell'handicap "*in situazione di gravità*" ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104/92, rilasciato dalla Commissione Competente istituita presso l'A.S.L di _____ in data _____
2. _____
3. fotocopia carta di identità in corso di validità del soggetto disabile e del soggetto che richiede.

Data, _____

IN FEDE
