

Al Direttore UOC GRU
ASP CATANZARO

OGGETTO: DOMANDA DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A FAMILIARI DISABILI INSITUAZIONE DI GRAVITÀ (art.33, comma 3 legge n.104/1992)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il/...../..... a
..... (prov.) CF.
residente a Via/Piazza n..... Tel.
....., profilo professionale, con contratto di lavoro a
tempo indeterminato/determinato (barrare la voce che non interessa), in servizio presso l'U.O
....., in applicazione dell'art. 33, comma
3, della Legge 5/2/1992, n. 104, come sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. b), n. 2), D.Lgs. 30 giugno 2022, n.
105.

CHIEDE

Di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della L. 104/92:

- a giorni (n. 3 giorni mensili) a giorni ed ad ore (max n. 18 ore mensili totali)
 a ore (n. 18 ore mensili)

per poter assistere il/la Sig./Sig.ra (nome e cognome disabile)
nato/a a il/...../..... C.F. e residente a
....., in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla
Commissione (art. 4, comma 1, della Legge n.104/1992) di del
dipendente presso (compilare solo in caso in cui il disabile sia dipendente pubblico) indicare sede di lavoro
.....

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:

1. Di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:

- padre; madre; fratello; sorella; figlio; coniuge; convivente di fatto;
 parente/affine entro il II grado; parente/affine entro il III grado; unito/a civilmente

2. Che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:

- non è coniugato/a;
 è vedovo/a;
 è coniugato/a ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 è coniugato/a ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;

- è stato coniugato/a ma il coniuge è deceduto;
- è separato/a legalmente o divorziato;
- è coniugato/a 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 i genitori affetti da patologia invalidante.

Inoltre dichiara:

- di **essere il referente unico** quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;
- di **non essere il referente unico**, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al/ai seguente/i avente/i diritto:

a. nome..... cognome
 data/...../..... luogo nascita..... in servizio presso
 (indicare struttura lavorativa e recapiti) tel.
 mail.....

b. nome.....cognome data
/...../..... luogo nascita..... in servizio presso (indicare
 struttura lavorativa e recapiti) tel.
 mail.....

1. di essere 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;
2. 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 sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
3. che 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;
4. di non prestare assistenza nei confronti di più persone in situazione di handicap grave, secondo quanto previsto dall'art. 1, c. 6 del D.Lgs. n. 119 del 2011;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua 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:

1. copia certificato ASP competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92;
2. 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.
3. autodichiarazioni a supporto del ruolo di Referente unico o non Referente unico;
4. dichiarazione dell'altra persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;
5. fotocopia documento di identità in corso di validità.

Luogo e Data

Firma del dipendente

.....