

**ISTITUTO COMPRENSIVO "G.CALOPRESE"
DI SCALEA (CS)**

**DOMANDA DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI
IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE**

(Legge 104/1992 art. 33 comma 3; Legge 53/2000 art.19 e 20; D.lgs. 151/2001 art.42)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il / / Comune (o stato estero) di nascita _____
Provincia _____ codice fiscale _____
Comune di residenza _____ Provincia _____
Via _____ n. CAP _____ telefono _____

CHIEDE

Di fruire dei permessi di cui alla Legge 104/1992 per l'assistenza
di _____ data di nascita ___/___/___ Comune
(o stato estero) di nascita _____ Provincia _____
codice fiscale _____ Comune di residenza _____
Provincia _____ Via _____ n. _____
Domicilio (se diverso dalla residenza)
Comune _____ Provincia _____ Via _____ n. _____
in condizione di handicap grave accertata dalla ASL di _____
in data _____, non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti
specializzati

- Figlio/a biologico/a
- Figlio/a adottato/affidato : data provvedimento di
adozione/affidamento _____
- Parente o affine entro il 2° grado (specificare rapporto di parentela o
affinità) _____
- Parente o affine entro il 3° grado (specificare e documentare la situazione
eccezionale che dà titolo al beneficio)

-
- Impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a dei permessi previsti
dalla legge 104/92
 - Impegnato/a in attività lavorativa e non beneficiario/a dei permessi previsti
dalla legge 104/92

- Non impegnato/a in attività lavorativa

DICHIARA:

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave

oppure che

- che l'altro genitore, sig./ra _____, dipendente presso _____ recapito telefonico del Datore di lavoro _____, beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori firma dell'altro genitore
 - di voler usufruire dei permessi ad ore (massimo 18 ore mensili);
- oppure*
- di voler usufruire dei permessi a giorni (massimo 3 giorni mensili);
 - di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun altra persona e' in grado di prestargli assistenza (1)

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

(1) Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza .

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

1. Copia del Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap; qualora il certificato non fosse ancora stato rilasciato, in attesa di questa documentazione è possibile allegare il certificato del medico specialista ASL. Per le persone affette da sindrome di Down è sufficiente il certificato dal medico di base (con allegata copia del cariotipo sulla cui base il medico ha rilasciato la certificazione, art. 94 legge 27/12/02 n° 289)

2. Dichiarazione di responsabilità degli altri familiari impossibilitati ad assistere la persona handicappata:

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata individuate con deliberazione n. 32 del 7.3.2000 dell'INPS:

1. Ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104/92, qualora nella famiglia del portatore di handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assistere l'handicappato sono individuabili al verificarsi delle seguenti ipotesi:

- a. riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le pensioni di inabilità o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate)
 - b. riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le pensioni di invalidità civile, gli assegni di invalidità INPS, le rendite INAIL, e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
 - c. età superiore ai 65 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
 - d. età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente);
 - e. infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero.
2. Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario, anch'essi debitamente documentati, del familiare non lavoratore dovranno essere valutati dal medico della Sede INPS al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza.
3. In caso di genitori entrambi lavoratori e di figlio minorenne handicappato grave, la presenza di familiari non lavoratori non pregiudica la possibilità, per uno dei due genitori, di fruire, secondo le condizioni previste, dei permessi per assistere tale figlio.

data _____

FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 G.U. nr.20 del 20 febbraio 2001)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in via _____ n. _____

domiciliato/a in _____ (____) in via _____ n. _____

C.F. _____
consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false,

DICHIARA

che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare

- L'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione Asl

□ la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari.

Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del DLgs 196/2003 acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la presente richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Il dipendente richiedente dichiara inoltre che:

- presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;

- è 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;

- 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;

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

Allega _____ copia _____ fotostatica _____ del _____ documento
d'identità _____ n° _____ rilasciato da _____
il _____

Data _____

FIRMA DEL/DELLA RICHIEDENTE
