

## AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**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) 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 (specificare: orizzontale verticale h settimanali \_\_\_\_\_)

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi mensili e delle agevolazioni previste dalla normativa in oggetto.

## 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.

### DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ codice  
fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Ha una disabilità:

- Non Rivedibile
- Rivedibile:..... Revisione \_\_\_\_\_ (ANNO E MESE)

- Rispetto all'assistito il dipendente è:

- Genitore
- Figlio
- Coniuge
- Convivente
- Altro parente o affine entro il II grado \_\_\_\_\_
- Altro parente o affine entro il III grado \_\_\_\_\_
- Altra condizione prevista dalle norme \_\_\_\_\_

In caso di assistenza a figlio/a, il sottoscritto dichiara che l'altro  
genitore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ lavoratore presso  
\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

usufruisce del medesimo beneficio

non usufruisce del medesimo beneficio

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

- Non è coniugato
- È vedovo/a
- È coniugato/a ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
- È coniugato/a ma il coniuge è affetto da patologia invalidante
- È separato legalmente o divorziato
- È coniugato 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

Il sottoscritto dichiara inoltre che:

- il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
- il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno 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 il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare; 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 in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra:

---

---

---

Nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità Grave;

Altri familiari legittimati alla fruizione del beneficio:

➤ nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

Il dipendente con cui la fruizione è alternativa, è un dipendente pubblico:  SI  NO

indicare il tipo rapporto/contratto:  Tempo indeterminato  Tempo determinato

Amministrazione: \_\_\_\_\_

L'assistito è dipendente pubblico:  SI  NO

se dipendente pubblico indicare: tipo rapporto/contratto:

Tempo indeterminato  Tempo determinato

Amministrazione: \_\_\_\_\_

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni. A titolo di esempio, tra le situazioni che possono dar luogo alla decadenza o alla sospensione del 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:**

- **Copia conforme all'originale in mio possesso 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.
- **Copia conforme all'originale in mio possesso** del documento di riconoscimento;
- 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
- Allegare fotocopia **conforme all'originale in mio possesso** 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 Si informa che i dati personali e sensibili che La riguardano e da Lei forniti saranno trattati dall'Istituto mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il trattamento dei dati è effettuato per adempiere alle finalità previste dagli istituti che disciplinano il rapporto di lavoro, così come regolamentati da leggi, contratti, accordi di lavoro. Tale trattamento non necessita del consenso in quanto è conseguente agli obblighi derivanti dal rapporto di lavoro. In caso di rifiuto al conferimento dei dati indicati l'ufficio potrebbe essere impossibilitato a gestire l'istituto richiesto. Titolare del trattamento I.T.I.S. Pacinotti - Fondi

IL DICHIARANTE

FIRMA \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_