

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)

Il/La sottoscritt _____ nat a _____ prov. (____)
il _____, qualifica _____ tempo ☐ determinato ☐ indeterminato

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. _____ (☐ coniuge ☐ figlio ☐ madre ☐ padre / ☐) nato a _____ prov. _____
il ____/____/____ e residente a _____ prov. _____
Via _____

____/____ sottoscritt _____, 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:

☐ di essere anche l'unico familiare che ha chiesto di fruire per l'intero anno scolastico in cui presenta la domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza ovvero del congedo straordinario ex art. 42 comma 5 del D.L.vo n. 151/2001.

☐ che un altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave:

(in questo caso, si impegna a comunicare, ad ogni richiesta mensile di permesso, i giorni eventualmente già fruiti dalla altra persona avente diritto alla assistenza, e la non contemporaneità del permesso come da decreto legislativo 30 giugno 2022, n. 105, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 176 del 29 luglio 2022, in vigore dal 13 agosto 2022)

- che il soggetto in situazione di disabilità grave non è/ è ricoverato a tempo pieno in casa di CURA;
- che il soggetto in situazione di disabilità grave non è/ è ricoverato a tempo pieno in casa di RIPOSO;
- dichiara che i permessi in caso di ricovero in casa di cura, saranno richiesti per recarsi fuori dalla struttura per **visite e terapie specialistiche certificate**

è 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;

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 per l'effettiva tutela dei disabili;

si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____ li _____

Firma

Allegati:

- ☐ copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- ☐ fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;