

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92

(per: - dipendenti portatori di handicap - genitori di figlio portatore di handicap grave - coniuge –
parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave)

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico "Michelangelo"
CAGLIARI

Il/La sottoscritto/a _____ (matr.n. _____)

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

dipendente di questa Amministrazione con contratto a tempo:

- indeterminato
- determinato: dal _____ al _____
- part-time%
- full-time

in servizio presso _____ Tel _____

CHIEDE

A) parte valida per il dipendente portatore di handicap:

di poter usufruire ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92:

3 giorni di permesso mensile

Ovvero

2 ore giornaliere

in quanto affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3.

B) parte valida per i parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap:

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92:

3 giorni di permesso mensile

Ovvero

2 ore giornaliere per un totale di n. 18 ore mensili

a tal fine autocertifica, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

che provvederà all'assistenza del seguente portatore di handicap, in situazione di gravità riconosciuta ai sensi dell'art. 4 della legge 104/92:

Cognome e nome _____ Rapporto di parentela _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

Residente in _____ Via _____ Provincia _____.

- che è **convivente** con la persona disabile
- che pur essendo presenti nel nucleo familiare i seguenti parenti/affini entro il 2° grado non lavoratori in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano nella seguente situazione di oggettiva impossibilità (1):

Cognome e nome _____

Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____

Cognome e nome _____

Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____

Motivazione: _____

- che **non è convivente** con la persona disabile
- di essere l'unico soggetto a provvedere alla sua assistenza
- che se la distanza stradale tra l'abitazione del sottoscritto e quella del portatore di handicap È superiore 150 chilometri si impegna ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito
- che pur essendo presenti nel nucleo familiare del disabile i seguenti parenti/affini entro il 2° grado non lavoratori in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano nella seguente situazione di oggettiva impossibilità (1):

Cognome e nome _____

Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____

Motivazione _____

Cognome e nome _____

Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____

Motivazione: _____

- che il portatore di handicap **non è ricoverato a tempo pieno** presso struttura ospedaliera o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza ospedaliera (per ricovero a tempo pieno si intende il ricovero per le intere 24 ore)
 - fanno **eccezione** a tale presupposto le seguenti circostanze:
 - o interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori dalla struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;
 - o ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;
 - o 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.

La ricorrenza delle situazioni eccezionali di cui sopra dovrà risultare da idonea documentazione medica che l'amministrazione è tenuta a valutare.

Il/La sottoscritto/a precisa inoltre _____

B bis) parte valida solo per i genitori che assistono il figlio:

che anche: il/la Sig./ra _____

Cognome e nome _____

Residente in _____ Via _____ Provincia _____

Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____

Datore di lavoro: Denominazione _____

Indirizzo _____

concorre ad assistere il portatore di handicap, **in alternanza con il richiedente**, per i seguenti motivi: _____

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, e di essere a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.);
- di essere 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 la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno della spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;

Il/La sottoscritto/a è stato informato che:

- i dati forniti sono acquisiti dall'Istituzione Scolastica 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 non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione

Allo scopo allega:

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);

Il /La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che, trascorsi 6 mesi dalla presente domanda, in caso di provvedimento negativo, da parte della Commissione Medica di Verifica, è tenuto/a alla restituzione dei benefici erogati in attesa della conclusione del procedimento dell'Amministrazione.

Cagliari,

Firma del richiedente

NOTA 1 (Situazione oggettiva di impedimento a fornire assistenza alla persona disabile)

- grave malattia;
- presenza in famiglia di più di tre minorenni;
- presenza in famiglia di un bambino inferiore a 6 anni;
- necessità di assistenza anche in ore notturne e anche da parte del lavoratore (da valutare a cura del medico curante);
- riconoscimento 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);
- riconoscimento di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le pensioni di invalidità civile, gli assegni di invalidità I.N.P.S., le rendite I.N.A.I.L., e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
- età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui il familiare non sia studente);
- età superiore ai 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
- infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero;
- le infermità temporanee che non diano luogo a ricovero ospedaliero dovranno essere valutate dal medico curante 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;
- mancanza di patente di guida del non lavoratore; motivo valido, peraltro, solo se il lavoratore **documenta** la necessità di trasportare, **nei giorni richiesti**, il figlio o parente handicappato **per visite mediche, terapie specifiche** e simili e dichiara l'impossibilità di far trasportare la persona handicappata da altri soggetti conviventi non lavoratori, in quanto sprovvisti di patente di guida.