**DOMANDA DI PERMESSI LEGGE N. 104/1992 PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE ENTRO IL SECONDO GRADO.**

(MODELLO ADEGUATO ALLE NOVITA’ INTRODOTTE DAL D. Lgs. n. 105/2022)

Il sottoscritto/a

COGNOME E NOME DEL RICHIEDENTE

……………………………………………………………………………………………………………………………

LUOGO E DATA DI NASCITA

……………………………………………………………………………………………………………………………..

CODICE FISCALE COMUNE DI RESIDENZA

……………………………………………………………… …………………………………………………….

INDIRIZZO

………………………………………………………………………………………………………………………………..

STRUTTURA DI APPARTENENZA

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**chiede** di fruire dei permessi previsti dall’art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il sig./sig.ra (nome disabile) ……………………………………………………………………….

nato/a a ………………………………………………………………………… il…………………………………….

C.F………………………………………….......e residente a ………………………………………………………..

con il quale si trova nella seguente relazione di parentela/affinità/altro, **entro il secondo grado:**

□ di essere parente/affine di ……...…. grado\* del disabile in quanto …………………...……..;

(\* specificare il grado di parentela/affinità, 1° o 2°)

□ di essere coniuge, parte dell’unione civile di cui all’art. 1, c.20, della legge 20 maggio 2016, n. 76, convivente di fatto di cui all’art. 1, c. 20 della medesima legge, del disabile;

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:

intende optare per la seguente tipologia di permesso:

□ **n. 3 giorni mensili**

□ **n. 18 ore mensili**

Inoltre dichiara:

□ che nessun altro familiare, oltre al richiedente, beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, come risulta da dichiarazione del disabile **o, in alternativa,** □ di fruire, con i soggetti individuati dal disabile nella dichiarazione allegata, in via alternativa, nel limite dei tre giorni mensili oltre al richiedente, dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

□ 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;

□ 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;

□ 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;

□ 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:

□ copia del verbale definitivo/provvisorio della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 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 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito)

□ 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.

□ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

□ fotocopia documento di identità in corso di validità.

Data……………………… Firma del dipendente

…………………………………………………………………….

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

Il/la sottoscritt ………………………………………………………………………………………………..

nato/a a…………………..…………………………………………..………….il……………………………………

Residente in……………………………………………………………………………………………………………

prov………………via/piazza……………………………………………………………..… cap……..…………,

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

**Dichiara**

□ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di…………………………………….…….il…………………….………..;

□ di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

□ di non essere ricoverato a tempo pieno;

□ di essere dipendente pubblico presso …………………………………………………….e di beneficiare/non beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;

□ di non essere dipendente pubblico;

□ di non prestare alcuna attività lavorativa;

□ di essere parente/affine di …….. grado del richiedente in quanto………………….........;

□ di essere coniuge, parte dell’unione civile di cui all’art. 1, c.20, della legge 20 maggio 2016, n. 76, o convivente di fatto di cui all’art. 1, c. 20 della medesima legge, del richiedente;

□ di voler essere assistito **soltanto** dal sig./ra………………………………………………..

nat……………………………………………………..……..…il…………………………………….…….

**oppure**, in caso di fruizione in via alternativa, nel limite dei tre giorni mensili, ai sensi del D.Lgs. n. 105/2022 □ di voler essere assistito, dai seguenti soggetti:

**1)** nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legame con il disabile

(parentela/affinità/altro)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2)** nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legame con il disabile

(parentela/affinità/altro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3)** nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legame con il disabile

(parentela/affinità/altro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia di documento di identitàin corso di validità.

Firma ……………………………………………………………………

Luogo e data………………………………..

**N.B.: Allegare copia di documento di identità in corso di validità.**