

DOMANDA DI FRUIZIONE DEI PERMESSI DI CUI ALLA LEGGE N. 104/1992 IN CUMULO. RICHIESTA DI FRUIZIONE ORE PER ASSISTENZA A ULTERIORE FAMILIARE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' CON CUI SUSSISTE UN LEGAME DI PARENTELA/AFFINITA' DI SECONDO GRADO.

Il sottoscritto/a

COGNOME E NOME DEL RICHIEDENTE

.....

LUOGO E DATA DI NASCITA

.....

CODICE FISCALE

COMUNE DI RESIDENZA

.....

INDIRIZZO

.....

STRUTTURA DI APPARTENENZA

.....

premessso

che il/la sottoscritto/a **fruisce già** di n. ____ (indicare il numero di permessi legge 104 che sono stati già autorizzati dall'Amministrazione) permesso/i per assistenza a familiare/i in condizione di disabilità rispetto al/ai quale/i si trova nella seguente relazione di parentela/affinità/altro:

☐ di essere parente/affine di grado* del disabile in quanto;

☐ di essere parente/affine di grado* del disabile in quanto;

☐ 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;

chiede

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il sig./sig.ra (nome soggetto in condizione di disabilità)
.....

nato/a a il.....

C.F.....e residente a

con il quale si trova nella seguente relazione di parentela/affinità/altro:

☐ di essere parente/affine di grado* del disabile in quanto

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

optando

per la seguente modalità di fruizione del permesso:

☐ **n. 3 giorni mensili**

☐ **n. 18 ore mensili**

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:

- i genitori del familiare disabile
 - ☐ hanno compiuto i sessantacinque anni di età
 - ☐ sono affetti da patologie invalidante¹
 - ☐ siano deceduti o mancanti ²
- il 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 familiare disabile
 - ☐ hanno compiuto i sessantacinque anni di età
 - ☐ sono affetti da patologie invalidante
 - ☐ siano deceduti o mancanti

Inoltre dichiara:

¹ Per la definizione delle patologie invalidanti si veda Decreto interministeriale n. 278 del 21 luglio 2000 che individua le seguenti patologie: 1) Patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario. Le predette patologie dovranno essere certificate dal medico specialista del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

² Con l'espressione "mancanti" deve intendersi non solo una situazione di assenza naturale e giuridica (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto) ma anche ogni altra condizione ad essa assimilabile (divorzio, separazione legale, abbandono) debitamente certificata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità.

- ☐ che nessun altro familiare, oltre al richiedente, beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di disabilità **o, in alternativa,** ☐ di fruire dei permessi in via alternativa e nel limite dei tre giorni mensili, con i nominativi, ulteriori al richiedente, individuati dal soggetto in condizione di disabilità nella dichiarazione allegata;
- ☐ di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del soggetto in condizione di disabilità 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 soggetti in condizione di disabilità;
- ☐ che il soggetto in condizione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare Inps del 3 dicembre 2010 n. 155;
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue 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/provisorio 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 IN CONDIZIONE DI DISABILITA'

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 pressoe 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 soggetto in condizione di disabilità

(parentela/affinità/altro) _____

2) nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Legame con il soggetto in condizione di disabilità

(parentela/affinità/altro) _____

3) nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Legame con il soggetto in condizione di disabilità

(parentela/affinità/altro) _____

Si allega copia di documento di identità in corso di validità.

Firma

Luogo e data.....

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