Al dirigente scolastico

MODULO RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

Il/la sottoscritto/a_____ nato a _____ il _____Codice Fiscale_____residente in _____via _____Cap _____

Inquadrato nella Categoria _____, in servizio presso _____

CHIEDE

Il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i per l'assistenza al proprio familiare disabile in situazione di gravità.

A tal fine, il dichiarante, è consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa, inoltre, qualora dai controlli previsti dall'articolo71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell'articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti.

DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Cognome_____Nome_____ Codice Fiscale_____ nato il _____a _____prov_____, residente in _____, prov_____Cap_____(1)

avente con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela:

- o Genitore
- o Figlio/a
- o Coniuge
- o Convivente
- o Altro parente o affine entro il II grado (specificare) _____
- o Altro parente o affine entro il III grado (specificare) _____
- o Altra condizione prevista dalle norme (specificare)_____

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

- o non è coniugato;
- o è vedovo/a;
- o è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- o è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- o è separato legalmente o divorziato;
- o è coniugato ma in situazione di abbandono;
- o ha uno o entrambi i genitori deceduti,
- o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;

- ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

In caso di assistenza a figlio/a, il sottoscritto dichiara che l'altro genitore_____, nato a _____il _____ codice fiscale _____ lavoratore presso _____con sede in _____

I__I usufruisce del medesimo beneficio I__I non usufruisce del medesimo beneficio

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; I_I 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; I_I 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.

Allega a tal fine la seguente documentazione:

- 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.

Il/la sottoscritto/a, che fruisce già di permessi di cui alla L. 104/1992 e s.m.i per il seguente familiare disabile_____, dichiara di essere a conoscenza che il cumulo di più permessi in capo allo stesso

lavoratore è ammissibile solo a condizione che il familiare da assistere sia il coniuge o un parente o un affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora uno dei genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni o siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/la sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile_____
dichiara 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 effettivamente la propria opera di assistenza nei periodi dichiarati.

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita delle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dall'Università degli Studi del Sannio esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni.

I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni Pubbliche qualora vengano richiesti per il trattamento di procedimenti di propria competenza.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante, decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Data e Luogo_____ In Fede

(1) il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri dal luogo di residenza del familiare assistito, deve attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.