

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI
IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE

(D.lgs. 151/2001 art.42; Legge 104/1992 art. 33 comma 3; Legge 53/2000 art.19 e 20)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ nome _____
Data di nascita ___/___/___ Comune (o stato estero) di nascita _____
Provincia (_____) codice fiscale _____
Comune di residenza _____ Provincia (_____)
Via _____ n. _____ CAP _____ telefono _____

CHIEDE

Di fruire dei permessi di cui alla Legge 104/1992 per l'assistenza di (indicare)

I DATI DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE

Cognome _____ nome _____
Data di nascita ___/___/___ Comune (o stato estero) di nascita _____
Provincia (_____) codice fiscale _____
Comune di residenza _____ Provincia (_____)
Via _____ n. _____ CAP _____
Domicilio (se diverso dalla residenza) Comune _____ Provincia (_____)
Via _____ n. _____ CAP _____

- Figlio/a biologico/a
 - Figlio/a adottat /affidat : data provvedimento di adozione/affidamento _____
 - Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità) _____
 - Convivente con il/la richiedente
 - Non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato
 - In condizione di handicap grave accertata dalla ASL di _____ in data _____
 - Non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati
 - Impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla legge 104/92
- (barrare le caselle che interessano)

DICHIARA CHE

- Nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di Disabilità grave

Oppure che

- L'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di Disabilità grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (in tal caso l'altro genitore e' tenuto a sottoscrivere una dichiarazione di responsabilità in tal senso)
- Di voler usufruire dei permessi ad ore (massimo 18 ore mensili);

Oppure

- Di voler usufruire dei permessi a giorni (massimo 3 giorni mensili);
- Di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun altra persona è in grado di prestargli assistenza (1)

**COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA IN CONDIZIONE DI
DISABILITA' GRAVE**

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

⁽¹⁾Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

1. Copia del Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di disabilità;

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità.

Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare

L'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati;

la revisione del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione Asl

la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari.

Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del D.Lgs 196/2003 acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la presente richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Data _____

FIRMA DEL/DELLA RICHIEDENTE

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false e fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione della ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data _____

FIRMA DEL/DELLA RICHIEDENTE

AVVERTENZE IMPORTANTI

BENEFICIARI:

GENITORI, compresi gli adottivi o affidatari di figli maggiorenni, PARENTI o AFFINI entro IL 3°GRADO, CONIUGE di soggetti in condizione di handicap grave accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/1992 dalla competente commissione ASL e non ricoverati a tempo pieno presso Istituti specializzati.

CONDIZIONI E MODALITA' DI FRUIZIONE:

○ SE CONVIVENTI

Gli altri familiari conviventi (compreso il coniuge) per fruire dei permessi devono dimostrare l'impossibilità per altri familiari maggiorenni conviventi- non lavoratori o non studenti- compreso l'altro genitore che non lavora di prestare assistenza. Ad esempio età superiore a 70 anni unita ad invalidità, presenza nel nucleo familiare di altri figli inferiori a 6 anni.

○ SE NON CONVIVENTI

I congedi spettano a condizioni che l'assistenza sia prestata in via esclusiva e continuativa.

L'esclusività dell'assistenza non è realizzata quando nel nucleo familiare del soggetto in condizione di disabilità grave sono presenti familiari maggiorenni, compresi i genitori, non lavoratori, in grado di assisterlo o lavoratori che beneficiano di permessi per lo stesso.

La continuità non è dimostrabile in caso di oggettiva lontananza dall'abitazione del soggetto in condizione di disabilità grave.

I permessi non fruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi.

In caso di part time orizzontale e fruizione ad ore dei permessi, il numero di ore concedibile viene proporzionalmente ridotto in base alla percentuale di part time.

In caso di part time verticale le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte.

La domanda ha validità annuale e va rinnovata alla scadenza con la dichiarazione che la ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della disabilità.

RISERVATO ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

Vista la documentazione presentata dal/dalla* Sig./Sig.ra* _____

Si esprime parere:

all'accoglimento della domanda

FAVOREVOLE

SFAVOREVOLE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Antonio Re

*Cancellare voce che non interessa