Allegato 1 - Legge 104

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. "Paliano"

OGGETTO: Richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge104/1992 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a _____ il _____, in servizio presso quest' Istituto in qualità di _____ con contratto a tempo determinato/indeterminato

Chiede

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3 (o comma 6), della Legge 104/1992 ai fini dell'assistenza del/la Sig./ra._____

nato/a._____ il._____, C.F. ._____

residente a _____, in Via _____, n ____, con cui è legata dal seguente vincolo di parentela: _____

Il/La sottoscritto/a, ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.,
dichiara che

- Nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- Opp. Altro **familiare** (D.Lgs. n. 105/2022) Sig./ra _____ C.F._____, non dipendente/ dipendente presso _____, beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi *(a fare data dal 13 agosto 2022, più soggetti aventi diritto possano richiedere l'autorizzazione a fruire dei permessi in argomento alternativamente tra loro, per l'assistenza alla stessa persona disabile grave – D.Lgs. n. 105/2022 in vigore dal 13/08/2022);*
- 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;

□ con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela/affinità di 2°grado .....;

□ con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa esiste un rapporto di parentela/affinità di 3°grado (barrare la voce che interessa) e costui:

- □ non è coniugato/a;
- □ è vedovo/a;
- □ è coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- □ è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- □ è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto;
- □ è separato/a legalmente o divorziato/a;
- □ è coniugato/a, ma in situazione di abbandono;

□ ha uno o entrambi i genitori deceduti,
□ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
□ ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

è a conoscenza che

- la richiesta dei permessi è finalizzata non a far fronte a necessità di tipo assistenziale (aiuto all'igiene, aiuto all'alimentazione, supporto personale), ma solamente ad esigenze di tipo 'sanitario';
- se il permesso viene chiesto per un soggetto in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso;
- 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) va tempestivamente comunicata all'Ente di appartenenza entro max. 30gg;
- la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l'effettiva tutela dei disabili.

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL'APPOSITA COMMISSIONE MEDICA di cui all'art.4, comma 1, della 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 alternativa: nell'ipotesi di patologia oncologica ove, trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave non sia stato ancora rilasciato dalla competente Commissione Medica il verbale di cui al punto 1);

2. certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere;
3. 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 dalla legge;
4. nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;
5. nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data, ...

Firma del dipendente

_____

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO