

Modello richiesta permessi Legge 104/1992 per soggetti con disabilità o per assistenza a soggetti con disabilità e necessità di sostegno intensivo (agg. Ai sensi del D.Lgs. n. 62 del 03 maggio 2024).

- ☐ NUOVA DOMANDA
☐ RINNOVO

Il/La sottoscritto/a C.F.
nato/a a il
residente a in Via n.
Domiciliato a (indicare se diverso dall'indirizzo di residenza) in Via
Recapito telefonico indirizzo mail/pec
Profilo professionale in servizio presso U.O.C.
sede di data di assunzione matricola
con contratto di lavoro a tempo determinato / indeterminato (barrare la voce che non interessa), a tempo pieno /
part time (barrare la voce che non interessa);

CHIEDE

- ☐ IN QUANTO SOGGETTO CON DISABILITÀ
☐ PER POTER ASSISTERE IL SEGUENTE FAMILIARE (PARENTE/AFFINE ENTRO IL III GRADO), PERSONA CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO:

Cognome Nome C.F.
nato/a a il
residente a in Via n.
Domiciliato a (indicare se diverso dall'indirizzo di residenza) in Via
Lavoratore autonomo / dipendente (barrare la voce che non interessa) presso (indicare solo se dipendente pubblico) che fruisce dei medesimi permessi per se stesso SI NO
In condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato accertata in data
Dalla Commissione medico legale

DI POTER FRUIRE DEI PERMESSI MENSILI PREVISTI DALL'ART. 33 DELLA L. 104/1992:

- ☐ a giorni (3 gg mensili)
☐ a ore (max 18 ore mensili)
☐ a ore ed ad giorni (max 18 ore mensili)
☐ 2 ore al giorno, orario lavorativo $\geq$ 6 ore (per se stesso/a)
☐ 1 ora al giorno, orario $<$ 6 ore (per se stesso/a)

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti d'ufficio sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste detta legge penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

1. GRADO DI PARENTELA / AFFINITA'

☐ I GRADO

☐ II GRADO

☐ III GRADO

2. Che il soggetto per cui si richiedono i permessi mensili previsti dall'art. 33 co. 3 L.104/1992, con il quale sussiste il rapporto di parentela /affinità entro il III grado:

☐ non e' coniugato/a

☐ è separato/a

☐ è vedovo / a

☐ è coniugato / a ma il coniuge ha compiuto più di 65 anni

☐ è coniugato/a ma il coniuge ha anch'esso patologie invalidanti

☐ è coniugato/a ma in stato di abbandono

☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti

☐ ha uno o entrambi i genitori con più 65 anni d'età

☐ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologie invalidanti

☐ è senza figli

3. Che la persona con disabilità' non è ricoverata a tempo pieno, salvo le eccezioni previste al punto 3 della Circolare INPS n.155 del 3 dicembre 2010;

4. Di essere consapevole che le agevolazioni richieste sono uno strumento di assistenza alla persona con disabilità' e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno morale, oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria assistenza;

5. Di essere altresì consapevole che la possibilità di fruire di dette agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo stato e la collettività sopportano solo per la tutela della persona con disabilità';

6. Di comunicare tempestivamente, ogni variazione della situazione di fatto o di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni(ricovero a tempo pieno della persona in stato di disabilità; decesso, modifica della modalità' di fruizione dei permessi, revoca o conferma del giudizio della condizione di disabilità' da parte della commissione medica competente intervenuta a seguito di emissione di verbale definitivo o di revisione del verbale o di altro accertamento previsto; modifiche riguardanti variazioni di residenza/domicilio, attività' lavorativa della persona con disabilità'). La mancata comunicazione degli eventi di cui sopra costituisce dichiarazione implicita dell'assenza di modificazioni intervenute e la presente costituisce dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio ai sensi del già' citato d.p.r. 445/2000.

Inoltre dichiara (per assistenza a familiari):

☐ DI ESSERE REFERENTE UNICO per l'assistenza del familiare in condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato;

☐ DI NON ESSERE REFERENTE UNICO e di fruire in maniera alternativa dei permessi previsti per l'assistenza del familiare in condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato con altri soggetti aventi diritto:

1) NOME..... COGNOME.....

NATO A.....IL.....ATTIVITA' LAVORATIVA

PRESSO.....RECAPITI

GRADO DI PARENTELA

2) NOME..... COGNOME.....
NATO A.....IL.....ATTIVITA' LAVORATIVA
PRESSO.....RECAPITI
GRADO DI PARENTELA

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

1. *copia verbale di accertamento della condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo, ai sensi del comma 1 art. 4 l.104/1992;*
2. *autodichiarazione di referente unico o di non referente unico;*
3. *dichiarazione dell'altro referente che fruisce dei medesimi permessi per la medesima persona con disabilità;*
4. *documenti di identità in corso di validità.*
5. *Eventuale dichairazione della struttura ospitante o autocertificazione da cui si evinca la natura residenziale della struttura la quale non fornisce assistenza continuativa e/o che il ricovero a tempo pieno viene interrotto per necessità della persona con disabilità in situazioni di gravità di recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie appositamente certificate.*

Luogo e data.....

Il/La dipendente
.....

DICHIARAZIONE DI ASSISTENZA A PIU' FAMILIARI IN STATO DI DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO O MOLTO INTENSIVO.

(sezione da compilare per i soggetti che fruiscono già di altra autorizzazione dei permessi l.104/1992).

Il/La sottoscritto/aC.F.
nato/a ail
residente a in Via n.
Profilo professionalein servizio presso

DICHIARA

di essere titolare di altra autorizzazione per la fruizione dei permessi dalla L.104/1992 per assistenza ad altro familiare con disabilità dal Determina n..... Azienda.....

Luogo e data.....

Il/La dipendente
.....

**MODELLO DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE PER
L'ASSISTENZA DEL SOGGETTO DISABILE**
(da non compilare qualora si richieda per assistere un minore)

Il/La sottoscritto/a C.F.
nato/a a il
residente a in Via n.
Domiciliato a (indicare se diverso dall'indirizzo di residenza) in Via

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti d'ufficio sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste detta legge penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- ☐ di essere in condizione di disabilità come da art. 3 comma 3 L. 104/1992;
- ☐ di non essere ricoverato a tempo pieno;
- ☐ di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per se stesso;
- ☐ di non prestare attività lavorativa;
- ☐ di voler essere assistito dal Sig./ Sig.ra grado di parentela....., quale referente unico;
- ☐ di voler essere assistito dai Sigg. in maniera alternata;

Luogo e data
.....

Firma
.....