

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. di Zelo Buon Persico

Oggetto: *domanda di fruizione del congedo biennale L. 104 (modificato da L. 183/2010 e D.Lgs. 119/2011)*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____ (Prov. _____)
via/p.zza _____ n° _____ in servizio presso quest'Istituzione Scolastica
in qualità di _____, con rapporto di lavoro a T.I. T.D.

chiede

di fruire dal _____ al _____

del congedo biennale previsto dalla legge 104/1992 e successive modifiche, per poter assistere

il Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ C.F. _____ e residente a _____

con il quale è nella seguente relazione di parentela: _____

A tal fine, essendo a conoscenza degli art.75 e 76₂ del DPR 445/2000 relativi alle dichiarazioni mendaci e che la S.V. può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

DICHIARA

quanto segue:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
- il soggetto in situazione di disabilità grave:
- non è coniugato;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
- è separato legalmente o divorziato;
- è coniugato 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 i genitori affetti da patologia invalidante;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è 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 disabili;
- si impegna a comunicare tempestivamente 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).

Allega alla presente la seguente documentazione:

⌘ copia del verbale 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, avendo avuto l'accortezza di oscurare tutti i dati eccedenti e non pertinenti, nel rispetto di quanto previsto dal "codice della privacy).

⌘ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, e, trattandosi di patologia oncologica, pur essendo trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale dalla competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

⌘ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, trattandosi di patologia indicate al comma 1, art.2, lettera d), del Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n°278, pur essendo trascorsi 90 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

⌘ 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, 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.

⌘ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

_____ / _____

Firma del dipendente

DICHIARAZIONE DEL DISABILE CHE NON SA O NON PUO' FIRMARE

Attesto che la dichiarazione in calce è stata resa in mia presenza dal soggetto disabile, identificato mediante (estremi documento di riconoscimento.....) il quale ha altresì dichiarato:

- o di non saper firmare
- o di non poter firmare a causa di un impedimento permanente

_____ / _____

Timbro e firma dell'incaricato

.....

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt..... nato/a il
a.....CF.....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:

- o di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- o di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- o di non essere ricoverato a tempo pieno;
- o di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- o di non prestare attività lavorativa;
- o di essere parente digrado del Sig./ra..... in quanto.....;
- o consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal Sig./ranato/a a..... C.F..... e residente a

_____ / _____

firma

.....