

OGGETTO: Permessi Legge 104/1992 art. 3 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)

La sottoscritta _____ nata a _____
- CAP _____ - provincia di (_____) il _____ e ivi residente in _____
, qualifica _____
_____ a tempo determinato indeterminato

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 3, comma 3, della legge 05.02.1992 n. 104 per assistere il/la signore/a _____ (coniuge figlio madre padre altro) nata a _____ provincia di _____ il _____ e residente a _____ - cap _____ - provincia di _____ in Via/Piazza _____, n. _____.

La sottoscritta, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

ai sensi del DL. 105 del 30/06/2022:

di essere l'unica persona ad usufruire del beneficio di cui sopra e che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave;

di usufruire del beneficio di cui sopra in alternativa con:

il /la Sig. _____ dipendente presso _____

di essere l'unica persona che ha chiesto di fruire per l'intero anno scolastico in cui presenta la domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza ovvero del congedo straordinario ex art. 42 comma 5 del D. L.vo n. 151/2001;

(eventuale) l'altro genitore sig. _____

C.F. _____ non dipendente / dipendente presso _____ beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

di impegnarsi a fornire programma mensile di chi usufruisce del beneficio;

che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;

- 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.

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

Lamezia Terme, li _____

Firma

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica per l'accertamento dell'Handicap attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 05.02.1992 n. 104:
_____;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave.