

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92
(per: - genitori di portatore di handicap grave con età superiore a 18 anni
- coniuge – parenti/affini entro il 3° grado di portatore di handicap grave)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
LICEO SCIENTIFICO "E.MEDI"
BARCELLONA P.G. ME

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in _____
dipendente di questa Amministrazione con contratto a tempo:
 indeterminato
 determinato: dal _____ al _____
 part-time%
 full-time
in servizio presso _____ Tel _____

CHIEDE

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92

a tal fine autocertifica, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

che provvederà all'assistenza, **con continuità ed esclusività**, del seguente portatore di handicap, in situazione di gravità riconosciuta ai sensi dell'art. 4 della legge 104/92:

Cognome e nome _____ Rapporto di parentela _____
Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____
Residente in _____ Via _____ Provincia _____.

- che è **convivente** con la persona disabile
- che pur essendo presenti nel nucleo familiare i seguenti parenti/affini entro il 3° grado non lavoratori in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano nella seguente situazione di oggettiva impossibilità (1):
Cognome e nome _____
Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____



Cognome e nome _____
Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____
Motivazione: _____

-
- che **non è convivente** con la persona disabile
 - di essere l'unico soggetto a provvedere alla sua assistenza con continuità ed esclusività
 - che la distanza tra l'abitazione del sottoscritto e quella del portatore di handicap garantisce di prestare assistenza con continuità
 - che pur essendo presenti nel nucleo familiare del disabile i seguenti parenti/affini entro il 3° grado non lavoratori in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano nella seguente situazione di oggettiva impossibilità (1):

Cognome e nome _____
Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____
Motivazione _____

Cognome e nome _____
Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____
Motivazione: _____

che anche: il/la Sig./ra _____
Cognome e nome _____
Residente in _____ Via _____ Provincia _____
Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____
Datore di lavoro: Denominazione _____
Indirizzo _____

concorre con continuità ed esclusività ad assistere il portatore di handicap, in alternanza con il richiedente, per i seguenti motivi: _____

-
- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata

Il/La sottoscritto/a precisa inoltre _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati

sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.).

Il/La sottoscritto/a è stato informato che:

- i dati forniti sono acquisiti dall'Ateneo esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003
- il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto
- i dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

Allo scopo allega:

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica)

Firma del richiedente

NOTA 1 (Situazione oggettiva di impedimento a fornire assistenza alla persona disabile)

- grave malattia;
- presenza in famiglia di più di tre minorenni;
- presenza in famiglia di un bambino inferiore a 6 anni;
- necessità di assistenza anche in ore notturne e anche da parte del lavoratore (da valutare a cura del medico curante);
- riconoscimento di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le pensioni di inabilità o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate);
- riconoscimento di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le pensioni di invalidità civile, gli assegni di invalidità I.N.P.S., le rendite I.N.A.I.L., e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
- età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui il familiare non sia studente);
- età superiore ai 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
- infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero;
- le infermità temporanee che non diano luogo a ricovero ospedaliero dovranno essere valutate dal medico curante al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza;
- mancanza di patente di guida del non lavoratore; motivo valido, peraltro, solo se il lavoratore **documenta** la necessità di trasportare, **nei giorni richiesti**, il figlio o parente handicappato **per visite mediche, terapie specifiche** e simili e dichiara l'impossibilità di far trasportare la persona handicappata da altri soggetti conviventi non lavoratori, in quanto sprovvisti di patente di guida.