ALL. 3 BIS - ASSISTENZA CONDIVISA

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo

"G.Pascoli" di Riolo Terme

Oggetto: Domanda di ammissione al permesso retribuito per assistenza <u>condivisa</u> a soggetto portatore di handicap grave - L. 104/92.

Il/La ___sottoscritto/a _____

nat __ a _____(Prov. ____) il ____/ ____/ _____

, residente a _____(Prov. ____), Via _____n. _____

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

- ☐ Docente
- ☐ ATA (AA)
- ☐ ATA (CS)

con contratto di lavoro a:

- ☐ tempo indeterminato
- ☐ tempo determinato

presso:

- ☐ Uffici Segreteria - Sede _____
- ☐ Scuola Infanzia - Plesso/i _____
- ☐ Scuola Primaria - Plesso/i _____
- ☐ Scuola Primaria - Plesso/i _____
- ☐ Scuola Secondaria I grado - Plesso/i _____

in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 , n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della Legge 8/3/2000, n. 53 nonché del D.Lgs. 105/ 2022,

DICHIARA

- ☐ di essere parente/affine della persona da assistere di:
  - ☐ primo grado
  - ☐ secondo grado
  - ☐ _____

in quanto (indicare il rapporto di coniùgio/parentela/affinità):

_____

del Sig/Sig.ra (Cognome e Nome del disabile da assistere):

_____

Codice Fiscale _____

Se non convivente, indicare la residenza:

residente a _____(Prov. ____), Via _____n. _____

In caso di adozione/affido, indicare la data del provvedimento: ____/ ____/ _____

- ☐ che il familiare da assistere sopra indicato è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3, L.104/92 e s.m.i.;
- ☐ che il portatore di handicap è in vita e non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura pubblica o privata che fornisce assistenza sanitaria continuativa per le 24 ore;

che il soggetto disabile da assistere è lavoratore dipendente:

- ☐ SI
- ☐ NO

In caso affermativo (SI), indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

_____

☐ di essere a conoscenza che:

- il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art.33, comma 3, L.104/92 e s.m.i, per l'assistenza del familiare disabile sopra indicato, può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti interessati aventi diritto tra quelli indicati nella predetta norma di legge (essendo venuto meno il principio del "referente unico" a seguito della riforma dell'art. 33, comma 3, L. 104/92 operata dal D.Lgs. n. 105/2022);

- in presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata disposizione ne consente la fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona disabile.

☐ che, oltre al sottoscritto, beneficiano dei permessi i seguenti altri familiari/affini tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile:

1) Cognome _____ Nome _____

nat__ a _____ (Prov. ___) il ___/ ___/ _____,

Codice Fiscale _____

grado di parentela/affinità con il disabile _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

_____

2) Cognome _____ Nome _____

nat__ a _____ (Prov. ___) il ___/ ___/ _____,

Codice Fiscale _____

grado di parentela/affinità con il disabile _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

_____

☐ che, in presenza di altri beneficiari, frazionerà alternativamente con loro il godimento dei permessi, al fine del rispetto del limite dei tre giorni mensili fruibili;

☐ che la distanza chilometrica tra le due abitazioni è di Km _____;

☐ di impegnarsi ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito, solo nel caso di distanza superiore a 150 Km;

☐ di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno - morale, oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza; di essere inoltre 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 solo per l'effettiva tutela dei disabili;

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sovraesposti (ricovero a tempo pieno dell'assistito presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, etc.);

Solo in caso di permessi per assistere parenti e affini di terzo grado

☐ che i genitori o il coniuge o la parte di un'unione civile o il convivente di fatto della persona con disabilità in situazione di gravità da assistere sono:

☐ deceduti

☐ mancanti

☐ affetti da patologie invalidanti

☐ hanno compiuto i 65 anni di età

Allegati:

- ☐ Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi dell'art.4, comma 1 L. 104/92 e s.m.i. (in originale o copia autentica);
- ☐ Copia documento di ri riconoscimento in corso di validità;
- ☐ Altro: _____

_____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(REG. UE 2016/679 - D.Lgs. 30/06/2023, n. 196 "Codice in materia dei dati personali")

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati dall'I.C. "G.Pascoli" in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla normativa vigente, al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro.

Riolo Terme, _____/ ___/ _____

Firma del richiedente

_____