

DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE

(legge 104/1992 art. 33 comma 3)

Il/La sottoscritt _____ nata a _____ il _____,

Cod. Fisc. _____ residente a _____ – Via _____

_____ n. _____, in servizio in qualità di _____ presso l'Istituto

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il/la Sig. _____

_____ nato/a a _____ il _____

C.F. _____ e residente a _____ in via _____

_____, con le seguenti modalità :

- ☐ tre giorni al mese;
- ☐ due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____ nei limiti di cui a norma di riferimento.

A tal fine, 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 che:

l'ASL _____, nella seduta del _____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap

permanente/rivedibile (indicare periodo approssimativo _____), di: Cognome

_____ Nome _____ grado di parentela _____ nato/a a

_____ il _____ residente a _____

in via _____

- ☐ nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- ☐ di prestare assistenza sistematica ed adeguata alla persona sopra indicata;
- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- ☐ 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)*

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica
-
-

Firma del dipendente