



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



*Al Servizio per il Reclutamento e
Gestione del Personale della Scuola
Ufficio rapporto di lavoro e gestione
del personale della scuola
Tramite PITre*

DOMANDA DI AMMISSIONE AI BENEFICI LEGGE 104/1992 PER FAMILIARE/AFFINE

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____ c.f. _____
residente nel comune di _____ () in Via _____
in servizio presso _____ in qualità di:

DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO

DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO

con rapporto di lavoro a tempo:

pieno

parziale orizzontale

parziale verticale annuale

parziale verticale settimanale _____ **ore** (con prestazione lavorativa nelle seguenti giornate _____);

CHIEDE

di fruire dei permessi mensili previsti dall'art. 33, c.3, della legge 104/92 per l'assistenza al/alla sig./ra _____ (indicare il grado di parentela) _____
nato/a a _____ () il _____ c.f. _____
e residente nel Comune di _____ () in Via/Piazza _____
_____ con situazione di handicap
permanente in situazione di gravità dichiarata dal Centro sanitario competente con verbale n. _____
di data _____;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00, al fine di ottenere la concessione delle agevolazioni di cui all'art. 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza e l'integrazione sociale e i diritti della persona handicappata" così come modificato dall'art. 20 della legge 8 marzo 2000, n. 53,

DICHIARA

di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:

- padre madre fratello sorella figlio/a coniuge parte dell'unione civile
- convivente di fatto¹ suocero/a parente entro il secondo grado affine entro il secondo grado

Da compilare solo per i dipendenti che prestano assistenza a parenti e affini di 3° grado

di essere parente/affine di terzo grado della persona disabile in situazione di gravità – relazione di parentela: _____ ma che la stessa:

- non è coniugata;
 è coniugata, ma il coniuge ha compiuto 65 anni d'età;
 è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
 è coniugata, ma il coniuge è deceduto;
 è separata legalmente o divorziata;
 ha uno o entrambi i genitori deceduti
 ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni d'età
 ha uno o entrambi i genitori affetti da patologie invalidanti.

- che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che l'assistito/a è impegnato/a in attività lavorativa a tempo determinato/indeterminato presso (indicare il datore di lavoro) _____ ed è beneficiario/a se lavoratore/lavoratrice dei permessi previsti dall'art. 33, c. 6 della legge n.104/1992 SI NO
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
- che l'assistenza è prestata, **nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i caregiver**, in modo alternativo con il/la sig./ra _____ nato/a a _____ Prov. (____) il _____ codice fiscale _____ che presta attività lavorativa presso _____ a tempo determinato/indeterminato;
- e con il/la sig./ra _____ nato/a a _____ Prov. (____) il _____ codice fiscale _____ che presta attività lavorativa presso _____ a tempo determinato/indeterminato.

Dichiara in tal caso che i permessi previsti dalla L. 104/92 mensilmente spettanti all'altro caregiver sono pari a _____ (n. ore/n. giorni) e si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio rapporto di lavoro e mobilità del personale della scuola, **ogni variazione al riguardo;**

¹ di cui all'articolo 1, comma 36, della Legge 76/2016.

che la distanza oggettiva tra la propria abitazione e quella del soggetto portatore di handicap è di _____ km;

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie fornite con la presente, in particolare:

- **l'eventuale ricovero presso istituti specializzati,**
- **la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della competente Commissione medica;**
- **la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.**

Luogo e data _____

FIRMA DEL DIPENDENTE

Per accettazione:

DIRIGENTE / COORDINATORE PEDAGOGICO

(TIMBRO E FIRMA)

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la presente dichiarazione è stata sottoscritta in presenza del/lla dipendente addetto/a a ricevere la documentazione, sig./sig.ra _____

USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE

Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del dichiarante sono indicate nella nota "Informativa privacy", ai sensi del Regolamento UE 679/2016".