Al Dirigente Scolastico

I.C. “M.Dionigi” Lanuvio

## Oggetto: Domanda per assistenza al parente con disabilità grave (L.104/92 art.33 comma 3)

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  Scuola dell’Infanzia - Plesso  Scuola Primaria - Plesso  Scuola Secondaria I grado - Plesso

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 parentela):

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

Data di nascita / / , Comune di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. )

Codice Fiscale

## Se non convivente, indicare la residenza:

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov. ), Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.

## 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:

* 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:

* 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;

 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 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.);

## Allegati:

 Copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell’art 3- comma 3 – della L. 104/92;

 fotocopia carta di identità propria e della persona in situazione di disabilità grave;

 dichiarazione dei parenti corredata da documento di riconoscimento.

**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. “M.Dionigi” 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.

Lanuvio, / /

Firma del richiedente