

*RICHIESTA DI FRUIZIONE DEI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE
(legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 33 ,comma 3e ss.mm.ii.)*

COGNOME E NOME:MATR

LUOGO E DATA DI NASCITA:

CODICE FISCALE:

COMUNE DI RESIDENZA:

INDIRIZZO:

STRUTTURA DI APPARTENENZA:.....

..... TEL.....

chiede di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm.ii. per poter assistere il Sig./ra (nome disabile) nato/a a il.....C.F..... e residente a con il quale è nella seguente relazione di parentela/affinità parentale:

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:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore:
Sig./raC.F.....
non dipendente / dipendente presso.....
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
 - non è coniugato;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti,
 - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e che, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è 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 per l'effettiva tutela dei disabili;

- 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 di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data.....

Firma del dichiarante

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt..... nato/a a il residente in prov..... via/piazza cap..... consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata dalla Commissione medica prevista ai sensi di legge come da verbale n.....del.....;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa pressoe di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente/affine digrado del richiedente in quanto
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nato ail.....CF.....e residente a

Si allega copia del documento di riconoscimento n..... rilasciato dail....., debitamente sottoscritto.

Firma

Luogo e data.....

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30.06.2003, n. 196

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 si forniscono le seguenti informazioni:

- I dati da Lei forniti ai fini del riconoscimento dei permessi di cui alla legge 104/92 saranno trattati esclusivamente per tale scopo. Il trattamento sarà effettuato nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, in forma cartacea e con modalità informatizzate. Tali dati sono custoditi su supporti cartacei ed informatici per il tempo necessario al raggiungimento degli scopi per i quali i dati sono trattati ed, in ogni caso, per il tempo strettamente necessario prescritto dalle leggi vigenti per la conservazione degli atti dell'Amministrazione contenenti i dati stessi. Il trattamento e la custodia dei dati stessi avvengono con modalità tali da garantire la riservatezza e la sicurezza, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra. I dati saranno comunicati a terzi nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti o alle finalità previste dalla vigente normativa.
- Il titolare del trattamento è: Regione Molise- via Colitto 2/6 86100 Campobasso . Il responsabile del trattamento, anche ai fini dell'esercizio, da parte dell'interessato, dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03, è il Dirigente del Servizio Gestione Risorse Umane e Trattamento Economico , con sede in via Colitto 2/6 86100 Campobasso; dei dati forniti verranno a conoscenza i dipendenti del Servizio, all'uopo incaricati ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 196/03.
- La S.V. ha il diritto in qualunque momento, contattando il responsabile del trattamento, di ottenere la conferma o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione (art. 7 del D.Lgs. n. 196/03). Ai sensi del medesimo articolo, si ha il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Luogo e data

Firma per esteso del dichiarante