Al Dirigente Coordinamento Interventi CO.I.M.E.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

Codice fiscale

Residente a PROV CAP

indirizzo

In servizio presso

IN QUALITA' DI

☐ Genitore di persona in situazione di handicap grave di età inferiore a tre anni[1]

☐ Genitore di persona in situazione di handicap grave di età superiore a tre anni[2]

☐ Coniuge di persona in situazione di handicap grave;

☐ Parente o affine entro il 2° grado di persona in sit. di handicap grave[3] Tipo parentela

☐ Parente o affine entro il 3° grado di persona in sit. di handicap grave[4] Tipo parentela

☐ Lavoratore in situazione di handicap grave

CHIEDE

Di beneficiare dei permessi previsti dall'art. 33 della Legge n. 104/92 e successive modificazioni secondo le seguenti modalità:

☐ 3 giorni di permessi al mese

☐ Riduzione giornaliera dell'orario di lavoro di due ore al giorno dalle ore Alle ore
(solo per i **lavoratori** in situazione di handicap grave)

☐ 24 ore di permessi al mese (2 ore al giorno per 12 giorni)

[1] In caso di adozione/affidamento indicare la data del provvedimento
[2] In caso di adozione/affidamento indicare la data del provvedimento
[3] Specificare tipologia parentela (ad es.: padre, madre, nuora, genero, suocero, suocera, ecc.)
[4] Specificare tipologia parentela (ad es.: fratello, sorella, cognato, cognata, zio, zia, nonno, nonna, ecc.)

A tal fine il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (D.P.R. 28/12/2000 n. 445):

a. Che l'ASP di _____ nella seduta del _____ ha riconosciuto soggetto in situazione di grave handicap, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992 e s.m.i., il/la sig./ra _____ nato/a a _____ il _____ Cod. Fisc.: _____ e residente a _____ prov. di _____ nella via _____;

b. Che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi ex art. 33 Legge n. 104/92 è così costituita:

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA

c. che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati, salvo le eccezioni previste e debitamente documentate secondo quanto previsto dalla normativa vigente

_____
_____
_____
_____

d. che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di handicap grave;

e. (***solo per i genitori che richiedono i permessi per assistere il figlio in situazione di handicap grave art. 3 comma 3 L. 104/92 e s.m.i.***) che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di handicap grave **alternativamente** con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori, nella consapevolezza che tali permessi non sono cumulabili con i benefici previsti dal D. LGS. 151/2001 e dalla L. 53/2000 secondo quanto previsto dalla normativa vigente (***si allega dichiarazione dell'altro genitore***);

f. (solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente o affine entro il 3° grado) che i seguenti parenti o affini entro il 1° grado del soggetto da assistere si trovano nella seguente condizione:

COGNOME E NOME	MOTIVO PER CUI NON PUÒ PRESTARE ASSISTENZA[5]

Il sottoscritto dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità:

1. Di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono state chieste le agevolazioni

   Ovvero

   Che usufruisce delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;

2. Di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale, oltrechè giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
3. Di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione ed un impegno della spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela del disabile;
4. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione delle agevolazioni.

Si allegano alla presente:

- Copia conforme certificazione ASP rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3;
- certificazione di servizio della persona assistita (se dipendente di P.A.);
- dichiarazione dell'altro genitore (solo nel caso di assistenza al figlio).

Palermo lì, _____

IL DICHIARANTE

_____

[5] - Età superiore ai 65 anni;
- presenza di malattia invalidante o cronica, con certificazione dall'ASP che stabilisce se e per quale periodo sussiste un'impossibilità di prestare assistenza;
- coniuge o genitori deceduti o mancanti (in entrambi i casi l'assenza o la mancanza dovrà essere debitamente certificata)