

**ISTANZA CONCESSIONE BENEFICI LEGGE 104/92 PER ASSISTENZA FAMILIARE
DISABILE**

AL DIRIGENTE DEL SETTORE

E AL DIRIGENTE DEL SETTORE RISORSE UMANE

SEDE

Il/La sottoscritto/a _____ dipendente del Comune
di Rende con il profilo professionale di _____ Cat. _____

con contratto a tempo: ☐ determinato ☐ indeterminato
☐ part-time ☐ full-time

in servizio presso il Settore _____

In qualità di:

- ☐ Genitore della persona disabile minore di tre anni
- ☐ Genitore della persona disabile maggiore di tre anni
- ☐ Coniuge, parente o affine fino al secondo grado di una persona con disabilità
- ☐ Parente o affine fino al terzo grado di una persona con disabilità

CHIEDE

di usufruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92

☐ ad ore ☐ a giorni

quale unico parente/affine/coniuge in grado di poter prestare assistenza in modo continuativo ed esclusivo al proprio familiare disabile, Sig./Sig.ra _____

_____ (specificare grado di parentela) nato/a a _____
_____ il ____/____/____ C.F. _____

_____ e residente a _____ via _____

_____ (se non convivente indicare l'indirizzo completo del portatore di handicap e la distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. _____

e se superiore a 150 Km. dimostrare l'assistenza con titolo di viaggio o simili), portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi della Legge n.104/92 (art.3 c.3) come risulta dall'allegato certificato medico rilasciato dalla competente A.S.L. n. _____;

A TAL FINE DICHIARA

- ☐ la sussistenza dei requisiti di legge per la concessione del beneficio
- ☐ che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno presso alcun Istituto Specialistico
- ☐ che gli altri parenti non possono prestare momentaneamente alcuna assistenza al proprio familiare disabile come risulta da dichiarazione allegata
- ☐ Solo per dare assistenza a familiari di 3°: 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 invalidanti
 - ☐ è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato
 - ☐ è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti;
 - ☐ ha uno o entrambe i genitori con più di 65 anni di età;
 - ☐ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante

Quanto sopra pena la sospensione dei benefici di cui trattasi.

Il/la sottoscritto/a, a conoscenza delle sanzioni penali per false o mendaci dichiarazioni, inoltre si impegna a comunicare entro 30 giorni, l'avvenuto cambiamento delle eventuali situazioni comunicate con la presente richiesta.

Data _____

Il/La dipendente _____
(firma per esteso e leggibile)

Il/la sottoscritt_, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003, dichiara di essere a conoscenza che i propri dati personali saranno raccolti dal Comune di Rende e trattati per assolvere agli adempimenti di legge.

Data _____

Il/La dipendente _____
(firma per esteso e leggibile)

- ☐ Si allegano fotocopia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale (anche del familiare disabile)