ISTANZA CONCESSIONE BENEFICI LEGGE 104/92
PER ASSISTENZA FAMILIARE DISABILE

Prot. _____

Al Dirigente del Settore Affari Istituzionali

Servizio Risorse Umane

Comune di Rende

SEDE

Il/la sottoscritt_ _____

nat_ a _____ il _____

C.F.: _____

e residente in _____ alla via _____

dipendente del Comune di Rende, in servizio presso il Settore _____

con qualifica di _____

[ ] Tempo Pieno (Full – time) [ ] Tempo Parziale (Part – time) al _____ %

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 in qualità di:

[ ] Genitore della persona disabile minore di tre anni;
[ ] Genitore della persona disabile maggiore di tre anni;
[ ] Coniuge, parte di unione civile, convivente di fatto, parente o affine fino al secondo grado;
[ ] Parente o affine fino al terzo grado di una persona con disabilità;
per dare assistenza al/alla Sig./Sig.ra _____

nat_ il _____ C.F.: _____

e residente in _____ alla via _____

(Se non convivente e residente in Comune distante oltre 150 Km da quello del richiedente, il dipendente si impegna a produrre idoneo titolo di viaggio o altra documentazione idonea ad attestare il raggiungimento del luogo di assistenza)

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 dall'organo competente _____

di _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

[ ] 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 (salvo le deroghe previste dalla normativa vigente);
[ ] che l'assistenza è prestata in alternanza con altro familiare avente diritto:
Nome e Cognome _____, C.F. _____,

grado di parentela con il disabile _____, nel limite complessivo di 3 giorni mensili (o 18 ore), per assistito;

oppure:

[ ] che nessun altro familiare fruisce dei permessi di cui alla L. 104/92 per lo stesso assistito;

Solo per richiesta di assistenza a familiari di 3° grado:

Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado si trova in una delle seguenti condizioni (barrare la casella d'interesse):

[ ] non è coniugato/a o è vedovo/a;
[ ] è coniugato/a o unito/a civilmente, ma il partner ha compiuto 65 anni di età;
[ ] è coniugato/a o unito/a civilmente, ma il partner è affetto da patologie invalidanti;
[ ] lo stato coniugale/unione civile è cessato (deceduto, separato legalmente, divorziato o in situazione di abbandono);
[ ] ha uno o entrambi i genitori deceduti, o con più di 65 anni di età, o affetti da patologie invalidanti.
Quanto sopra a pena di decadenza o sospensione dei benefici di cui trattasi.

Il/la sottoscritt_, a conoscenza delle sanzioni penali per false o mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), inoltre si impegna a comunicare entro 30 giorni l'avvenuto cambiamento delle situazioni comunicate con la presente richiesta.

Luogo e data: _____ Il Dipendente: _____

(firma per esteso e leggibile)

Informativa sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 - GDPR)

Il/la sottoscritt_ dichiara di essere a conoscenza che i propri dati personali e quelli del familiare assistito saranno raccolti dal Comune di Rende e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per assolvere agli adempimenti di legge legati alla presente istanza.

Luogo e data: _____ Il Dipendente: _____

(firma per esteso e leggibile)

Consenso del soggetto assistito (o del Legale Rappresentante/Tutore/Amministratore di Sostegno)

Il/la sottoscritt_ _____ (Nome e Cognome del disabile o del legale rappresentante), esprime il proprio consenso esplicito al trattamento dei propri dati personali, anche di natura sanitaria, da parte del Comune di Rende per le finalità sopra indicate.

Luogo e data: _____ L'Assistito/Rappresentante: _____

(firma per esteso e leggibile)

Si allegano alla presente:

1. Fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del richiedente e del familiare disabile;
2. Copia conforme del verbale della Commissione Medica Integrata (L. 104/92, art. 3, comma 3);
3. Copia del provvedimento di nomina del Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (se previsto).