

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92
(per: - genitori di portatore di handicap grave con età superiore a 18 anni
- coniuge – parenti/affini entro il 3° grado di portatore di handicap grave)

Al Dirigente Scolastico
Direzione Didattica “Maddalena”
Salita delle Battistine,16
16125 GENOVA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

dipendente di questa Amministrazione con contratto a tempo:

- indeterminato
- determinato: dal _____ al _____
 - part-time %
 - full-time

in servizio presso _____ Tel _____

C H I E D E

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92

a tal fine autocertifica, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

che provvede all'assistenza, **con continuità ed esclusività**, del seguente portatore di handicap, in situazione di gravità riconosciuta ai sensi dell'art. 4 della legge 104/92:

Cognome e nome _____ Rapporto di parentela _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

Residente in _____ Via _____ Provincia _____

A tal fine dichiara:

- che è **convivente** con la persona disabile
- che pur essendo presenti nel nucleo familiare i seguenti parenti/affini entro il 3° grado non lavoratori in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano nella seguente situazione di oggettiva impossibilità **(1)**:

Cognome e nome _____

Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____

Motivazione: _____

Cognome e nome _____

Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____

Motivazione: _____

-
- che **non è convivente** con la persona disabile
 - di essere l'unico soggetto a provvedere alla sua assistenza con continuità ed esclusività
 - che la distanza tra l'abitazione del sottoscritto e quella del portatore di handicap garantisce di prestare assistenza con continuità
 - che pur essendo presenti nel nucleo familiare del disabile i seguenti parenti/affini entro il 3° grado non lavoratori in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano nella seguente situazione di oggettiva impossibilità **(1)**:

Cognome e nome _____

Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____

Motivazione _____

Cognome e nome _____

Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____

Motivazione: _____

-
- che anche: il/la Sig./ra _____

Cognome e nome _____

Residente in _____ Via _____ Provincia _____

Rapporto di parentela con il portatore di handicap _____

Datore di lavoro: Denominazione _____

Indirizzo _____

concorre con continuità ed esclusività ad assistere il portatore di handicap, in alternanza con il richiedente, per i seguenti motivi: _____

- ❑ che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata

Il/La sottoscritto/a precisa inoltre _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.).

Il/La sottoscritto/a è stato informato che:

- i dati forniti sono acquisiti dall'Ateneo esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003
- il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto
- i dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

Allo scopo allega:

- ❑ Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica)

Genova,

Firma del richiedente
