

Modulo richiesta concessione agevolazioni Legge 104/92 per assistenza ad un familiare disabile

Spettabile
COMUNITA' TERRITORIALE DELLA VALLE DI Fiemme
Via Alberti 4
38033 CAVALESE

OGGETTO: Richiesta di ammissione alla fruizione dei benefici per l'assistenza ad un familiare in condizione di disabilità grave, ai sensi della L.104/92 (art. 33) e del D.Lgs. 151/2001 (art. 33 e art. 42, commi 1 e 2).

Il/la sottoscritto/a _____ Codice fiscale _____

Nato/a _____ prov. _____ il _____ matricola _____

residente a _____ prov. _____ Via _____

dipendente in qualità di _____ con rapporto di lavoro a ☐ tempo indeterminato, ☐ tempo determinato fino al _____ a ☐ tempo pieno, ☐ tempo parziale (specificare orario);

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi mensili e delle agevolazioni previste dalla normativa in oggetto nei periodi che saranno indicati in tempo utile al datore di lavoro, in quanto:

1. ☐ Genitore, anche adottivo, con figlio in situazione di disabilità grave

In particolare, chiedo di fruire del seguente beneficio: (nota: optare per uno dei benefici indicati)

- ☐ 3 giorni di permesso mensili

(nota: il diritto a fruire dei permessi giornalieri può essere esercitato dalla data di riconoscimento della situazione di disabilità grave)

- ☐ 2 ore di permesso al giorno (1h se l'orario di lavoro è inferiore a 6 ore)

(nota: le due ore di permesso giornaliero retribuito possono essere chieste solo a partire dalla conclusione del periodo di normale congedo parentale teoricamente fruibile dal genitore richiedente e fino ai tre anni di età del figlio)

- ☐ prolungamento del congedo parentale, per il seguente periodo: _____

(nota: il prolungamento del congedo parentale può essere chiesto solo a partire dalla conclusione del periodo di normale congedo parentale teoricamente fruibile dal genitore richiedente e fino al compimento degli otto anni di età del figlio)

2. ☐ Coniuge/unito civilmente, parente o affine entro il secondo grado di persona con disabilità grave

- o ☐ 3 giorni di permesso mensili (anche frazionabili in ore)

3. ☐ Parente o affine di terzo grado di persona con disabilità grave

- o ☐ 3 giorni di permesso mensili (anche frazionabili in ore)

A tal fine rilascia:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'

Concernente fatti, stati, o qualità a diretta conoscenza dell'interessato

(Art. 47 DPR 28/12/2000 n.445)

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole che, ai sensi dell'art. 33, comma 7-bis della legge n. 104/1992, fermo restando la verifica dei presupposti per l'accertamento della responsabilità disciplinare, il lavoratore decade dai diritti di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992, qualora il datore di lavoro accerti l'insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei medesimi diritti; sotto la propria responsabilità, consapevole inoltre del fatto che la Comunità Territoriale della Val di Fiemme potrà operare in sede di istruttoria della presente richiesta dei controlli diretti a verificare la sussistenza del diritto a fruire delle agevolazioni in esame e che potranno inoltre essere attivati controlli a campione, sul contenuto delle dichiarazioni sostitutive di certificazione presentate dai dipendenti

DICHIARA

DATI DEL DISABILE DA ASSISTERE: (dati necessari anche per adempiere al debito informativo di cui all'art. 24, commi 4 e 5, della legge n. 183/2010)

- Cognome: _____ Nome: _____

- Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina

Comune di nascita: _____ - Provincia: _____

Data di Nascita: _____ Codice Fiscale: _____

Residenza: Provincia: _____ Comune: _____ Via: _____

Tipo disabilità: ☐ Non Rivedibile ☐ Rivedibile - Anno Revisione _____

- **Parentela:** *(il grado di parentela è riferito alla persona assistita. Ad esempio, nel caso si assista un figlio, il grado di parentela del dipendente beneficiario dei permessi è Genitore, quindi occorre specificare, nella sezione successiva, se l'assistito (figlio) è minore di tre anni o maggiore e se l'assistenza è prestata congiuntamente all'altro coniuge/unito civilmente. Se, invece, la persona assistita è il genitore, il grado di parentela che deve essere inserito è Figlio.)*

☐ Genitore, ☐ Coniuge/unito civilmente, ☐ Figlio, ☐ Parente o affine fino al II Grado: _____
(specificare)

☐ Parente o affine di III Grado *(solo in questa ipotesi compilare la parte che segue):*

Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di III grado
(specificare rapporto di parentela: _____):

☐ non è coniugato

☐ è vedovo/a

☐ è coniugato/unito civilmente, ma il coniuge o l'altra parte dell'unione civile, ha compiuto 65 anni di età

- ☐ è coniugato ma il coniuge o l'altra parte dell'unione civile, è affetto da patologia invalidante (da documentare)
- ☐ è separato legalmente o divorziato (da documentare)
- ☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti
- ☐ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
- ☐ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (da documentare)

L'assistito è dipendente pubblico: SI ☐ NO ☐

se dipendente pubblico indicare:

tipo rapporto/contratto: Tempo indeterminato ☐ Tempo determinato ☐

Amministrazione: _____

Parte da compilare (in aggiunta a quella precedente) se il disabile assistito è il proprio figlio:

se l'assistito è un figlio indicare se:

- è minore di tre anni: SI ☐ NO ☐

- la fruizione è alternativa con l'altro genitore: SI ☐ NO ☐ in caso di risposta affermativa indicare il dati del coniuge/unito civilmente: _____ nato nel Comune di _____
(), il _____ dati del datore di lavoro _____
indirizzo _____

- l'altro genitore è dipendente pubblico SI ☐ NO ☐

se si indicare i dati dell' amministrazione: _____

DICHIARA che sussistono tutte le condizioni ed i presupposti per la legittima fruizione dei benefici richiesti, di seguito elencate :

- ☐ di essere stato scelto dal familiare disabile quale referente unico per l'attività di assistenza (nota bene: nel caso di assistenza al figlio disabile, le agevolazioni in esame possono essere fruite da entrambi i genitori, alternativamente)
- ☐ di assumere il ruolo, e la connessa responsabilità, di punto di riferimento della gestione generale dell'intervento assistenziale, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della sua rispondenza ai bisogni del disabile assistito;
- ☐ che, essendo io il referente unico per l'attività di assistenza al soggetto disabile, nessun altro familiare è stato ammesso dal proprio datore di lavoro (pubblico o privato) alla fruizione delle agevolazioni previste dalla legge n. 104/1992 e del congedo straordinario di cui all'art. 42, comma 5, del D.lgs. n. 151/2001;
- ☐ di prestare effettivamente attività di assistenza nei confronti della persona disabile per cui è richiesto il beneficio in oggetto,

- ☐ che il familiare disabile assistito non è ricoverato a tempo pieno; (ad eccezione del ricovero a tempo pieno della persona con disabilità in situazione di gravità in coma vigile e/o in situazione terminale)
- ☐ 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 oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- ☐ di essere 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 sopporta solo per l'effettiva tutela del disabile;
- ☐ che la copia della documentazione relativa alla gravità dell'handicap è conforme all'originale;

Dichiaro, infine, che vi sono i seguenti altri familiari della persona disabile assistita che potrebbero fruire dei benefici in esame in quanto parenti od affini entro il 2° grado, titolari di un contratto di lavoro subordinato, con datore di lavoro privato o pubblico:

*(in questa ipotesi va compilata la sezione che segue, per ciascun familiare lavoratore dipendente. **NB la mancata compilazione di questa sezione equivale a dichiarazione di assenza di altri familiari legittimati, in alternativa al richiedente, alla fruizione dei permessi.)***

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____
 _____ Luogo di nascita _____ Comune di residenza _____
 _____ Indirizzo _____ Datore di lavoro: _____
 Indirizzo: _____ Telefono _____

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____
 _____ Luogo di nascita _____ Comune di residenza _____
 _____ Indirizzo _____ Datore di lavoro: _____
 Indirizzo: _____ Telefono _____

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni. A titolo di esempio, tra le situazioni che possono dar luogo alla decadenza o alla sospensione del diritto a fruire delle agevolazione, si menzionano:

- ☐ il venir meno della situazione di handicap grave a seguito della visita di revisione,
- ☐ il ricovero a tempo pieno della persona disabile in situazione di gravità
- ☐ il decesso della persona in situazione di handicap grave,
- ☐ la circostanza che un altro familiare del disabile assistito sia ammesso dal proprio datore di lavoro a fruire dei permessi mensili o del congedo straordinario,
- ☐ di impegnarsi inoltre a comunicare ogni variazione circa i dati precedentemente comunicati in relazione al familiare assistito (ad esempio i dati relativi alla residenza anagrafica, i dati relativi all'eventuale rapporto di lavoro con una pubblica amministrazione).

ALLEGA: (allegare uno dei due documenti di seguito descritti)

- ☐ Copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, della Legge n. 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 n. 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 45 giorni (per tutte le altre patologie), dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave (allegare anche copia della suddetta istanza), non è stato ancora rilasciato il verbale della competente Commissione medica (verbale che dovrà essere presentato non appena disponibile).

Si impegna a consegnare il verbale di cui sopra , non appena disponibile.

Di essere consapevole che qualora la Commissione medica, nel solo caso di patologie **non** oncologiche **, non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

Allego inoltre, nei casi previsti (relativi alla ipotesi di assistenza di parente/affine di terzo grado):

- la documentazione sanitaria attestante la 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,
- il provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data _____

IL /LA DICHIARANTE _____

***Nel caso invece di patologie oncologiche qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere i benefici, i giorni e le ore già fruiti fino alla data del verbale, mantengono la giustificazione di "permessi L. 104 "*

Informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003

Si informa che ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, i dati personali sono raccolti dalla Comunità Territoriale della Val di Fiemme e saranno utilizzati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali, nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Sono trattati dati personali ordinari, giudiziari e finanziari. I dati vengono raccolti e trattati nell'ambito dell'attività del Servizio e per l'esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico.

I dati vengono trattati con sistemi informatici e cartacei attraverso procedure adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l'espletamento del servizio per il quale vengono richiesti. Non fornire i dati comporta impedire che l'Ente possa espletare le proprie funzioni istituzionali e erogare il servizio.

I dati possono essere comunicati ad altri soggetti pubblici o privati che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli. I dati sono oggetto di diffusione ai sensi di legge.

I dati sono conservati per il periodo strettamente necessario all'esecuzione del compito o della funzione di interesse pubblico e comunque a termini di legge.

Titolare del trattamento è la Comunità Territoriale della Val di Fiemme, con sede a Cavalese in Via Alberti n. 4 (e-mail: info@comunitavaldifiemme.tn.it. - sito internet: www.comunitavaldifiemme.tn.it).

Responsabile/Designato del trattamento dei dati è il responsabile del Servizio che raccoglie la presente dichiarazione.

Responsabile della Protezione dei Dati è il Consorzio dei Comuni Trentini, con sede a Trento in via Torre Verde 23 (email: servizioRPD@comunitrentini.it - sito internet: www.comunitrentini.it).

Lei può esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679.