ifpal-06/10/2025-0003851 - Allegato Utente 1 (A01)

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

TRENTINO

Family Audit

Al Servizio per il Reclutamento e
Gestione del Personale della Scuola
Ufficio gestione rapporto lavoro personale della scuola
Tramite PITre

DOMANDA DI AMMISSIONE AI BENEFICI LEGGE 104/1992 PER FAMILIARE/AFFINE

Il/La sottoscritto/a_____matricola _____

nato/a a_____ Prov. _____ il_____c.f._____

residente nel comune di_____(___) in Via _____

in servizio presso_____ in qualità di:

□ **DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO** □ **DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO**

con rapporto di lavoro a tempo:

□ **pieno** □ **parziale orizzontale** □ **parziale verticale annuale**

□ **parziale verticale settimanale_____ore** (con prestazione lavorativa nelle seguenti giornate _____);

CHIEDE

di fruire dei permessi mensili previsti dall'art. **33, c.3, della legge 104/92** per l'assistenza al/alla sig./ra_____(indicare il grado di parentela)_____

nato/a a_____(____) il_____c.f. _____

e residente nel Comune di _____(____) in Via/Piazza _____con condizione di disabilità con necessità di sostegno molto elevato, stabilita dal Centro sanitario territorialmente competente, con verbale n. _____ di data _____ ;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00, al fine di ottenere la concessione delle agevolazioni di cui all'art. 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza e l'integrazione sociale e i diritti della persona handicappata" così come modificato dall'art. 20 della legge 8 marzo 2000, n. 53,

DICHIARA

di essere nella seguente relazione di parentela con la persona affetta da disabilità con necessità di sostegno molto elevato:

□ padre □ madre □ fratello □ sorella □ figlio/a □ coniuge □ parte dell'unione civile

□ convivente di fatto[1] □ suocero/a □ parente entro il secondo grado □ affine entro il secondo grado

Da compilare solo per i dipendenti che prestano assistenza a parenti e affini di 3° grado

□ **di essere parente/affine di terzo grado della persona con disabilità con necessità di sostegno molto elevato** – *relazione di parentela*:_____ ma che la stessa:

□ non è coniugata;
□ è coniugata, ma il coniuge ha compiuto 65 anni d'età;
□ è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
□ è coniugata, ma il coniuge è deceduto;
□ è separata legalmente o divorziata;
□ ha uno o entrambi i genitori deceduti
□ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni d'età
□ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologie invalidanti.

□ **che la persona con disabilità con necessità di sostegno molto elevato non è ricoverata oltre le 24 ore in ospedale o presso strutture sanitarie o di assistenza;**

□ che l'assistito/a è impegnato/a in attività lavorativa a tempo determinato/indeterminato presso (indicare il datore di lavoro)_____ ed è beneficiario/a se lavoratore/lavoratrice dei permessi previsti dall'art. 33, c. 6 della legge n.104/1992 □ **SI** □ **NO**

□ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona con disabilità con necessità di sostegno molto elevato;

□ che l'assistenza è prestata, **nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i caregiver**, in modo alternativo con il/la sig./ra _____nato/a_____ Prov. (_____) il _____ codice fiscale _____ (indicare il grado di parentela) _____che presta attività lavorativa presso _____ a tempo determinato/indeterminato;

□ che l'assistenza è prestata, **nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i caregiver**, in modo alternativo con il/la sig./ra _____nato/a_____ Prov. (_____) il _____ codice fiscale _____ (indicare il grado di parentela) _____che presta attività lavorativa presso _____ a tempo determinato/indeterminato;

1 di cui all'articolo 1, comma 36, della Legge 76/2016.

Dichiara in tal caso che i permessi previsti dalla L. 104/92 mensilmente spettanti all'altro caregiver sono pari a _____ (n. ore/n. giorni) e si impegna a comunicare tempestivamente all'**Ufficio gestione rapporto lavoro personale della scuola**, ogni variazione al riguardo;

☐ che la distanza oggettiva tra la propria abitazione e quella della persona con disabilità, è di _____ km;

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie fornite con la presente, in particolare:

- **l'eventuale ricovero oltre le 24 ore in ospedale o presso strutture sanitarie o di assistenza;**
- **la revisione del giudizio di disabilità con necessità di sostegno molto elevato, da parte della competente Commissione medico legale;**
- **la fruizione di permessi, per la stessa persona con disabilità, da parte di altri familiari;**
- **l'eventuale decesso della persona assistita.**

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di aver preso visione dell'informativa generale privacy del Servizio per il reclutamento e la gestione del personale della scuola ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 consultabile nella sezione "Documenti e dati" del sito ufficiale della Provincia autonoma di Trento o direttamente al seguente link: https://www.provincia.tn.it/Documenti-e-dati/Documenti-di-supporto/Informativa-generale-privacy-Servizio-per-il-reclutamento-e-gestione-del-personale-della-scuola

Luogo e data_____ FIRMA DEL DIPENDENTE

_____

Per accettazione: DIRIGENTE / COORDINATORE PEDAGOGICO

(TIMBRO E FIRMA) _____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la presente dichiarazione è stata sottoscritta in presenza del/lla dipendente addetto/a a ricevere la documentazione, sig./sig.ra _____