

ALLEGATO 1

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. DI PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33, comma 3, L. 104/1992.

Dichiarazione di responsabilità e consapevolezza del parente/affine entro il secondo grado attestante la sussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione del beneficio richiesto

Il/L sottoscritt nat a prov. (...) il , sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46, 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, con la presente

DICHIARA

che presta assistenza nei confronti del/I Sig. nat a prov () il che è in situazione di disabilità grave, come da verbale della Commissione Medica allegato;

che il familiare a cui presta assistenza è (*indicare parentela/affinità*) ed ha con esso rapporto fiduciario;

che il/I sottoscritt ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3 della L. 104/92;

che il familiare in stato di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e necessita di assistenza da parte del sottoscritto nei giorni richiesti;

di essere a conoscenza che il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art. 33, comma 3, L.104/92 e s.m.i., per l'assistenza del familiare disabile sopra indicato, può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti interessati aventi diritto tra quelli indicati nella predetta norma di legge (essendo venuto meno il principio del "referente unico" a seguito della riforma dell'art. 33, comma 3, L.104/92 operata dal D.Lgs. n. 105/2022);

che in presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata norma ne consente la fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona disabile;

che, oltre al sottoscritto, **non beneficiano** dei permessi i seguenti altri familiari/affini tra quelli indicati dalla norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile;

ovvero (*compilare solo in caso di più soggetti beneficiari per l'assistenza alla stessa persona disabile*)

che, oltre al sottoscritto, **beneficiano** dei permessi i seguenti altri familiari/affini tra quelli indicati dalla norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile:

Cognome Nome nat a il in servizio presso

Si allega copia del documento di identità del familiare assistito.

Data

IN FEDE-

Firma digitale