

OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 – assistenza parenti/affini.

Il/la sottoscritto/a _____, in servizio presso _____, in qualità di _____

CHIEDE

la concessione dei permessi retribuiti previsti dall'art.33 della legge n.104/92 (art. 3, comma 1 lettera b), n. 2) del D.Lgs. n. 105/2022), al fine di poter assistere il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____, parente/affine _____, codice fiscale _____.

A tal fine dichiara:

- che il /la portatore/portatrice di handicap non è ricoverato/a a tempo pieno;
- che il nucleo familiare della persona da assistere è così composto (*indicare tutte le persone del nucleo familiare che potrebbero prestare assistenza*):
 - 1) _____, lavoratore dipendente in servizio presso _____; lavoratore autonomo;
 - 2) _____, lavoratore dipendente in servizio presso _____; lavoratore autonomo;
 - 3) _____
 - 4) _____
- che sarà l'unico referente che usufruirà dei permessi della legge 104/92;
- che non sarà l'unico referente che usufruirà dei permessi della legge 104/92; 2° referente _____

Dichiara altresì:

1. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
2. 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;
3. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
4. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Si allega:

- Copia del verbale di riconoscimento dello stato di portatore/trice di handicap in situazione di gravità;
- Documenti;
- Dichiarazione del soggetto disabile (quando possibile);
- Dichiarazione familiari di non poter assistere il soggetto disabile.

Data

Firma