

**ISTANZA CONCESSIONE BENEFICI LEGGE 104/92 PER ASSISTENZA FAMILIARE
DISABILE**

AL DIRIGENTE DEL SETTORE RISORSE UMANE
SEDE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
_____ e residente in _____ alla via _____
_____, dipendente del Comune di Chieti, in servizio presso il Settore _____
_____ con qualifica di _____

CHIEDE

In qualità di:

- Genitore della persona disabile minore di tre anni;
- Genitore della persona disabile maggiore di tre anni;
- Coniuge, parente o affine fino al secondo grado di una persona con disabilità;
- Parente o affine fino al terzo grado di una persona con disabilità;

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92

ad ore a giorni

quale unico parente/affine/coniuge in grado di poter prestare assistenza in modo continuativo ed esclusivo al proprio familiare disabile Sig. _____ (specificare grado di parentela _____) nato/a _____ a il _____
C.F.: _____ e residente in _____ alla via _____ (se non convivente indicare l'indirizzo completo del portatore di handicap e la distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. _____ e se superiore a 150 Km. dimostrare l'assistenza con titolo di viaggio o simili), portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi della Legge n.104/92 (art.3 c.3) come risulta dall'allegato certificato medico rilasciato dalla competente A.S.L.;

A tal fine **dichiara:**

- o la sussistenza dei requisiti di legge per la concessione del beneficio;
- o che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno presso alcun Istituto Specialistico;
- o che gli altri parenti non possono prestare momentaneamente alcuna assistenza al proprio familiare disabile come risulta da dichiarazione allegata;
- o Solo per dare assistenza a familiari di 3°: il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:
 - ° non è coniugato/a;
 - ° è vedovo/a;
 - ° è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - ° è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
 - ° è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato
 - ° è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ° ha uno o entrambi i genitori deceduti;
 - ° ha uno o entrambe i genitori con più di 65 anni di età;
 - ° ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

Quanto sopra pena la sospensione dei benefici di cui trattasi.

Il/la sottoscritto/a, a conoscenza delle sanzioni penali per false o mendaci dichiarazioni, inoltre si impegna a comunicare **entro 30 giorni**, l'avvenuto cambiamento delle eventuali situazioni comunicate con la presente richiesta.

Luogo e data _____

Il Dichiarante _____

- Si allegano fotocopia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale (anche del familiare disabile)