

Domanda per la concessione dei permessi art. 33, comma 3, L. 104/92

- genitori di portatore di handicap grave con età superiore a 3 anni – Coniuge - parenti o affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e di 3° grado (solo nei casi individuati dalla legge) -

Al Dirigente del Settore

Al Responsabile UPA –
All'Ufficio Personale Associato

LORO SEDI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____

Codice Fiscale _____

dipendente del Comune di _____

con contratto a tempo: determinato ☐ indeterminato ☐

a tempo pieno ☐ part-time ☐ percentuale _____

dal _____ presso il Servizio _____

CHIEDE

Di fruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 e successive modifiche, per poter fruire dei permessi retribuiti di:

3 giorni mensili/18 ore mensili frazionate ¹

(i permessi sono concessi a seguito di specifica richiesta anche mensile formulata anticipatamente al Dirigente del Servizio di appartenenza)

al fine di assistere il proprio familiare riconosciuto come persona handicappata in situazione di gravità :

(tipo di disabilità: non rivedibile ☐ rivedibile ☐ nel _____).

A tal fine il sottoscritto, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste in caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente prestazioni, dichiara, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 che le informazioni fornite nella presente domanda sono corrispondenti al vero, e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 dello stesso DPR 445/2000 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione è prevista la decadenza dei benefici conseguiti, ai sensi dell'art. 75 del DPR stesso.

DICHIARA

Che l'assistito cognome e nome _____ ha il seguente

rapporto di parentela ☐ parente di primo grado (genitori, figli)

¹

nel caso di rapporto a tempo parziale, il permesso richiesto è concesso in misura ridotta in proporzione all'orario di lavoro dovuto, ai sensi delle circolari INPS n.133/00 e INPDAP 34/00.

- ☐ parente di secondo grado (nonni, fratelli, sorelle, nipoti: figli di figli)
☐ affini di primo grado (suocero/a, nuora, genero)
☐ affini di secondo grado (cognati)
☐ parenti di terzo grado (bisnonni, zii, nipoti: figli di fratelli e sorelle)²
☐ affini di terzo grado (zii acquisiti, nipoti acquisiti)²

Codice Fiscale _____ Nato/a _____ il _____

Provincia _____ Residente a _____ Provincia _____ in via/piazza _____

Distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. _____ (se superiore a 150 Km dimostrare l'assistenza con idonei titoli di viaggio e simili),

Dipendente pubblico sì ☐ no ☐ con contratto a tempo determinato ☐ a tempo indeterminato ☐

Dichiara altresì, sotto la propria personale responsabilità,

- che il disabile è in vita;
- che il disabile non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata ³;
- di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza del disabile e quindi il soggetto scelto dal disabile a prestare assistenza (requisito non richiesto per l'assistenza prestata dai genitori ai figli);
- che presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono richieste le agevolazioni;
- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- che è 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 sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;

☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi retribuiti previsti dall'art. 33 comma 3 della L. 104/92 per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave;

☐ che l'altro genitore (*solo nel caso di genitore di portatore di handicap grave con età superiore a 3 anni minori*): nome e cognome _____

C.F. _____ indirizzo _____

☐ non dipendente ☐ dipendente _____ presso _____

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

- compilare solo nel caso di parenti o affini di terzo grado ² -

² nel caso di parentela/affinità di 3° grado compilare anche la pagina apposita

³ La persona in situazione di handicap grave non deve essere ricoverata a tempo pieno con le seguenti eccezioni indicate al punto 5 della Circolare F.P. n. 13/2010 (risultanti da apposita documentazione medica che l'amministrazione è tenuta a valutare):

-interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;

-ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;

-ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

dichiaro

inoltre, di essere parente/affine di terzo grado della persona disabile in situazione di gravità e che la stessa:

- ☐ non è coniugata
☐ è vedova
☐ è coniugata, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
☐ è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (*per patologie invalidante si intendono solo quelle, a carattere permanente, indicate dall'art. 2 del Decreto Interministeriale n. 278/2000*)
☐ è stata coniugata ma il coniuge è deceduto
☐ è separata legalmente o divorziata (*allegare copia del provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di separazione o di divorzio*)
☐ è coniugata ma in stato di abbandono (*allegare copia della documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stato giuridico di abbandono*)
☐ 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 (*per patologie invalidante si intendono solo quelle, a carattere permanente, indicate dall'art. 2 del Decreto Interministeriale n. 278/2000*)

▪ Dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ nato il _____ a _____ Prov _____

▪ Dati dei genitori della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ nato il _____ a _____ Prov _____

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ nato il _____ a _____ Prov _____

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (*ad es.: ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, decesso, revoca dello stato di disabilità ecc....*)

A tale scopo allega:

Certificato attestante il riconoscimento da parte della ASL dell'accertamento dell'handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 4, comma 1, L. 104/92 (in originale o copia autenticata);

dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, da parte del portatore di handicap in situazione di gravità, della scelta del familiare che deve prestare l'assistenza prevista dall'art. 33 c.3 L.104/92 a supporto del ruolo di referente unico.

Data

Firma del richiedente

Visto

Il Dirigente/Responsabile

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(da compilare da parte del *disabile non minorenne*)

(ART. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a.....

CODICE FISCALE

nato/a il a

residente a via

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000 previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi

consapevole che soltanto un lavoratore può usufruire di giorni di permesso per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità (ai sensi e per gli effetti dell'art. 33, 3 della L. 104/1992)

DICHIARA

DI VOLERE ESSERE ASSISTITO SOLTANTO

Dal Sig./Sig.ra

nato/nata a il

CF

Residente a

Luogo e data *Il/La Dichiarante*

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 445/28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a il a

residente in via

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000 previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi

DICHIARA

Che la copia del verbale dell'apposita commissione medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992 del soggetto che necessita di assistenza allegata alla domanda per concessione dei relativi permessi è conforme all'originale conservato presso la mia abitazione.

Luogo e data *Il/La Dichiarante*

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore



IL SOTTOSCRITTO _____ - NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCI A DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA CHE I PARENTI E AFFINI ENTRO IL TERZO GRADO DEL SIG. _____ SONO:

COGNOME	NOME	INDIRIZZO	VINCOLO DI PARENTALA	DIPENDENTE PRESSO ENTE / DITTA	INDIRIZZO COMPLETO DATORE DI LAVORO CON N.TELEFONO -E-MAIL

DATA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____