



RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO MENSILE A FAVORE DI FAMILIARE (FINO AL SECONDO GRADO DI PARENTELA)

AL DIRETTORE GENERALE

Il/La
sottoscritto/a _____ Matr. _____

In servizio presso _____

Tel. Ufficio _____ Altro telefono _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____

Via/piazza _____ n. _____

Familiare di _____

(indicare il grado di parentela del familiare rispetto al dipendente)

soggetto riconosciuto in situazione di **disabilità grave ai sensi della legge n. 104/92, articolo 3 - 3° comma**

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____

Via/piazza _____ n. _____

indicare la distanza chilometrica tra la propria residenza e la residenza del familiare assistito _____

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici previsti dalla legge n. 104/92, articolo 33 - 3° comma (legge quadro sull'assistenza a persone handicappate) modificata dalla legge 8.3.2000 n. 53 e dalla legge n. 183 del 4.11.2010, nella misura di tre giorni di permesso mensile retribuito, fruibili anche in maniera continuativa o ad ore (nel limite massimo di 18 ore), proporzionalmente alla tipologia del rapporto di lavoro a decorrere dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda e precisamente dall'1 _____.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare al proprio Responsabile, all'inizio di ciascun mese, per quanto possibile, la relativa programmazione.



DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA
(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- è consapevole che presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- 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;
- 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;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso);
- si impegna a presentare idonea documentazione di viaggio nel caso di familiare assistito residente a una distanza superiore a 150KM rispetto alla propria residenza.
- il familiare assistito non è ricoverato a tempo pieno (almeno 24 ore) presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa.
- che il familiare assistito è ricoverato a tempo pieno (almeno 24 ore) presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa e pertanto potrà beneficiare dei permessi solo nelle seguenti ipotesi:
 - **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 disabilità grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

Al fine di documentare le suddette eccezioni il/la sottoscritto/a si impegna a produrre la relativa certificazione medica.

Allega copia del Verbale rilasciato dall'apposita Commissione Medica ASL attestante lo stato di "disabilità grave", ai sensi della legge n. 104/92, articolo 3 - 3° comma del soggetto per il quale si richiedono i benefici.

Allega copia del documento d'identità e del codice fiscale del familiare assistito.

Milano, _____

Firma del dichiarante

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla



**DICHIARAZIONE DA COMPILARSI A CURA DEL SOGGETTO ASSISTITO RICONOSCIUTO IN SITUAZIONE DI
DISABILITA' GRAVE**

(presentare solo in caso di assistenza a figli di età superiore ai 18 anni o ai familiari)

Il/La
sottoscritto/a

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____

Via/piazza _____ n. _____

in riferimento alla richiesta di utilizzo dei benefici previsti dalla legge n. 104/92 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di _____ il _____;
- di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di essere dipendente pubblico presso l'Amministrazione _____ con rapporto di lavoro a tempo _____
- di essere parente/affine del Sig./ra _____ grado di parentela _____
- consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra _____ nato/a il _____ a _____ in servizio presso l'Università degli Studi di Milano.

Milano, _____

Firma del dichiarante

Qualora il soggetto assistito non possa firmare, il richiedente può compilare la dichiarazione sostitutiva nella pagina seguente.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' RESA DAL DIPENDENTE
(ai sensi dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi dichiara di essere a conoscenza che la dichiarazione resa dal soggetto disabile di cui sopra, identificato mediante documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____) corrisponde a verità.

Dichiara, altresì, che il suddetto:

- non sa firmare
- non può firmare a causa di un impedimento permanente.

Milano _____

Firma del dichiarante