



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

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) e successive modificazioni, 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;
- beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave il/i seguente/i familiare/i:

Nome e Cognome

Codice Fiscale

Sede di lavoro

Nome e Cognome

Codice Fiscale

Sede di lavoro

- 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.

Ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 e sue successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 679/2016, nel rispetto delle disposizioni in materia di privacy, i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per cui sono richiesti. I dati personali e sensibili inoltre possono essere oggetto di comunicazione ad altre amministrazioni pubbliche (o soggetti privati), nei casi previsti dalla legge e/o qualora queste debbano trattare gli stessi per eventuali procedimenti di propria competenza.

Milano, _____

Firma del dichiarante

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento



HAND/AUT.DIS.

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 _____
- di voler essere assistito da (indicare il nominativo o i nominativi di chi presterà assistenza): _____ codice fiscale _____

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