



**RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO MENSILE A FAVORE DI FAMILIARE DI TERZO
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)

- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità (ai fini del diritto alla fruizione dei permessi è sufficiente la sussistenza di una delle condizioni elencate):
- non è coniugato/unito civilmente/convivente di fatto (art.1 commi 36 e 37- Legge 76/2016);
 - è vedovo/a (indicare dati del familiare deceduto)
 - Cognome _____ Nome _____
 - codice fiscale _____;
 - è coniugato/unito civilmente/convivente di fatto ma il coniuge/parte dell'unione/convivente ha compiuto 65 anni di età; (indicare i dati del familiare)
 - Cognome _____ Nome _____
 - codice fiscale _____;
 - è coniugato/unito civilmente/convivente di fatto ma il coniuge/parte dell'unione/convivente è affetto da patologie invalidante (ai sensi dell'art. 2 Decreto Interministeriale n. 278/2000) come da documentazione allegata;
 - è separato legalmente o divorziato/sciolto dall'unione civile (indicare numero e data del provvedimento _____);
 - è cessato dalla convivenza di fatto (art.1 commi 36 e 37- Legge 76/2016);
 - è coniugato/unito civilmente/convivente di fatto ma in situazione di abbandono (indicare numero e data del provvedimento _____);
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti; (indicare dati del familiare deceduto)
 - Cognome _____ Nome _____
 - codice fiscale _____;
 - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età; (indicare i dati del familiare)
 - Cognome _____ Nome _____
 - codice fiscale _____;
 - ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (ai sensi dell'art. 2 Decreto Interministeriale n. 278/2000) come da documentazione allegata.
- 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 fotocopia di un documento di riconoscimento



DICHIARAZIONE 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 essere ricoverato a tempo pieno;
- di non 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