

Alla U.O.C. Gestione e Sviluppo
Risorse Umane
Sede di _____

OGGETTO: Richiesta permessi retribuiti per assistenza ad un familiare disabile (art. 33, comma 3, Legge n. 104/1992 e s.m.i.).

IL/La sottoscritto/a _____ matricola _____ nato/a a _____
_____ residente in _____ via _____
_____ C.F. _____ tel _____
_____ in servizio presso _____ in qualità
di _____ mail _____

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della Legge 104/1992 e s.m.i. per poter assistere il familiare disabile:

Cognome _____ Nome _____ Codice
Fiscale _____ nato il _____ a
_____ residente in _____, prov.
_____ Cap. _____ e tutt'ora vivente, avente con il sottoscritto il seguente
rapporto di parentela _____.

A tal fine, consapevole, che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. N. 448/2000)

- Di essere convivente con il familiare condizioni di grave disabilità;
- Di non essere convivente con il familiare condizioni di grave disabilità:
 1. Che la distanza Km dal proprio domicilio a quella del familiare da assistere è pari a Km _____ Comune _____
Via _____;
- Che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
- di voler usufruire dei permessi retribuiti in alternanza ad un altro familiare
Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ nato il _____
a _____ dipendente presso la Ditta _____
P.I. _____;

- Che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:
 - Non è coniugato;
 - È vedovo/a;
 - È coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - È coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - È stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - È separato legalmente o divorziato;
 - È coniugato ma in situazione di abbandono;
 - Ha uno o entrambi i genitori deceduti;
 - Ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni d'età;
 - Ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;
- Che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge 104/1992 dell'ASL di _____ in data _____. Rivedibile SI NO;
- Che il soggetto da assistere non è ricoverato a tempo pieno con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- 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;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);
- Di impegnarsi a predisporre, altresì, all'inizio di ciascun mese, il piano mensile dei permessi da fruire, comunicandolo al Direttore della struttura di appartenenza, salvo la possibilità di variare in casi eccezionali la programmazione prevista.

I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere permessi.

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante, decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n.445)

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D. Lgs. 10-08-2018, n. 101 - *Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.*

Il sottoscritto autorizza l'invio di atti e documentazione relativa al presente procedimento all'indirizzo mail presente nell'istanza, o in alternativa alla mail istituzionale. Tale modalità di invio avrà valore di notifica a tutti gli effetti.

Si allega la seguente documentazione:

1. Verbale L.104/92, attestante connotazione di gravità accertata ai sensi del comma 3 art. 3 L.104/92 (in originale o copia autenticata);
2. Fotocopia documento d'identità e codice fiscale del richiedente;
3. Fotocopia documento d'identità e codice fiscale dell'assistito.

Data _____

FIRMA
