

Oggetto: domanda di permessi per assistenza a familiare (art.33, c.3, L.104/92; art. 42 D.L.vo 151/2001, L. 183/2010)

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_

**Chiede**

**O Per assistere figli con età superiore a tre anni, coniuge, parenti e affini con disabilità in situazione di gravità**

O di usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo tre) (articolo art. 33, comma 3 legge 104/92)

**O Per assistere figli minori di tre anni di età con disabilità in situazione di gravità**

O di usufruire del prolungamento del congedo parentale (articolo 33 decreto legislativo 151/2001)

O di usufruire delle ore di permesso giornaliera (articolo 42 comma 1 decreto legislativo 151/2001)

O di usufruire dei giorni di permesso mensili (massimo tre) (articolo art. 33, comma 3 legge 104/92)

**Dichiara**

**Ai sensi del DPR 445/2000, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 dello stesso DPR n° 445 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici conseguiti, ai sensi dell'art. 75 del DPR stesso**

**O che il signor \_\_\_\_\_ è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_**

**O che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per lo stesso persona disabile in situazione di gravità**

O che l'altro genitore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori

**O che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno**

**O di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità**

O padre; O madre; O fratello; O sorella; O figlio; O coniuge; O parente entro il secondo grado; O affine entro il secondo grado;

O di essere parente/affine di terzo grado in quanto

è \_\_\_\_\_ della persona disabile con handicap grave che non ha parenti entro il secondo grado, ma che la stessa:

(1) O non è coniugata; o è vedova; o è coniugata, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età; O è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (1)

(2); O è stato coniugata, ma il coniuge è deceduto; O è separata legalmente o divorziata (2)

(3); O è coniugata, ma in situazione di abbandono (3)

(4); O ha uno o entrambi i genitori deceduti; O ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età; O ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante

- dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nato il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

- dati dei genitori della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nato il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nato il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**(1) Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate dall'art.2 del Decreto Interministeriale n. 278 del 21/7/2000. In tale caso deve essere allegata, in busta chiusa, idonea documentazione del medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico**

**(2) In tale ipotesi è necessario allegare copia del provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di separazione o di divorzio.**

**(3) In tale caso è necessario allegare copia della documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stato giuridico di abbandono.**

In caso di adozione/affidamento

data del provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

rilasciato dal tribunale di \_\_\_\_\_ provvedimento n. \_\_\_\_\_

**O di prestare assistenza nei confronti della persona con disabilità sopra citata**

Ovvero

**O di fruire delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità**

**O di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno morale e giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza**

**O di essere 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 solo per l'effettiva tutela del disabile**

**O di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni**

**O di aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione**

*Il/la sottoscritt\_\_ è informat\_\_ che i dati sopra riportati sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e sono acquisiti esclusivamente per l'eventuale accoglimento dell'istanza e per la trasmissione dei dati ai sensi dell'art. 24 della legge n° 183/2010; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.*

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

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

Documentazione allegata:

O Certificato rilasciato dalla competente Commissione attestante lo stato di handicap in situazione di gravità

### Dati della persona con disabilità in situazione di gravità

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Nato il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Stato \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ C. A. P. \_\_\_\_\_  
Domiciliat\_ in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

#### Dichiaro (solo se maggiorenne)

**Ai sensi del DPR 445/2000**, consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

O di essere coniuge, parente, o affine entro il secondo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. figlio, cognato, ecc.) \_\_\_\_\_ del richiedente \_\_\_\_\_ dal quale **intendo essere assistit**\_\_

O di essere parente o affine di terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. nipote, zio) \_\_\_\_\_ del richiedente dal quale intende essere assistito e di essere nelle condizioni dichiarate a pag. 2 del modulo dal richiedente medesimo

O di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

O di non essere ricoverato a tempo pieno

O di essere impegnato in attività lavorativa e beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92

*Il/la sottoscritt\_\_ è informat\_\_ che i dati sopra riportati sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e sono acquisiti esclusivamente per l'eventuale accoglimento dell'istanza e per la trasmissione dei dati ai sensi dell'art. 24 della legge n° 183/2010; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.*

firma \_\_\_\_\_

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 familiare del disabile in situazione di gravità che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute**

lo sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
ho prestato questa dichiarazione in qualità di (grado di parentela) \_\_\_\_\_  
del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Firma del familiare \_\_\_\_\_

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal sig. \_\_\_\_\_

(estremi di un documento di riconoscimento) \_\_\_\_\_

il quale ha altresì dichiarato di essere (grado di parentela) \_\_\_\_\_

del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Luogo e data

Timbro e firma dell'addetto

**Dichiarazione del disabile in situazione di gravità che non sa o non può firmare**

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante (estremi di un documento di riconoscimento) \_\_\_\_\_

il quale mi ha altresì dichiarato O che non sa firmare O che non può firmare a causa di un impedimento

Luogo e data

Timbro e firma dell'addetto

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal sig. \_\_\_\_\_

(estremi di un documento di riconoscimento) \_\_\_\_\_

il quale ha altresì dichiarato di essere (grado di parentela) \_\_\_\_\_

del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Luogo e data

Timbro e firma dell'addetto

**Dati e dichiarazione del tutore / curatore / amministratore di sostegno**

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo Via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ C. A. P. \_\_\_\_\_

nella sua qualità di

**tutore**

**curatore**

**amministratore di sostegno**

Se l'interessato è soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, la presente dichiarazione è resa e sottoscritta rispettivamente dal tutore o dall'interessato con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno.(art.5 del DPR 445/2000).

**Dichiaro**

**Ai sensi del DPR 445/2000**, consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

che il disabile in situazione di gravità

**è** coniuge parente o affine entro il secondo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: figlio, cognato, ecc.)

\_\_\_\_\_ del richiedente dal quale intende essere assistito

**è** parente o affine di terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: nipote in zio, ecc.) del richiedente

\_\_\_\_\_ quanto figlio di fratello, dal quale intende essere assistito ed è nelle condizioni dichiarate a pag. 1 del modulo dal dichiarante medesimo

**è** in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione di \_\_\_\_\_

**non** è ricoverato a tempo pieno

**è** impegnato in attività lavorativa e beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92

*Il/la sottoscritt\_\_ è informat\_\_ che i dati sopra riportati sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e sono acquisiti esclusivamente per l'eventuale accoglimento dell'istanza e per la trasmissione dei dati ai sensi dell'art. 24 della legge n° 183/2010; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.*

firma

Documentazione allegata:

Copia del decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno.

**DICHIARAZIONE DELL'ALTRO FAMILIARE DEL DISABILE CIRCA LA RINUNCIA AD AVVALERSI DEI  
BENEFICI PREVISTI DALL'ART. 33, COMMA 3,5 E 7, DELLA LEGGE 104/92  
E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ della persona sotto indicata: \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, con disabilità in situazione di gravità, certificata dalla commissione medica per l'handicap di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e mendaci e di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso DPR,

**DICHIARA**

Di non volersi avvalere, pertanto, dei benefici previsti dall'art. 33, commi 3,5 e 7 della Legge 104/92 e successive modifiche e integrazioni;

Dichiara di essere a conoscenza, ai sensi e per gli effetti del D.Leg.vo 196 del 30.06.2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, lì, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è resa assieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, se non firmata in presenza del funzionario.