



## UOC Gestione Risorse Umane

Al Direttore dell'UOC – Gestione Risorse Umane

### PERMESSI PER FIGLI E FAMILIARI DISABILI

\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
(nome) (cognome)

codice fiscale \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ cod. strutt. \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

#### PREMESSO<sup>(1)</sup>

☐ di essere genitore del minore

di essere nella seguente relazione di parentela con il sig. \_\_\_\_\_: <sup>(1)</sup>

☐ [ ] padre [ ] madre [ ] fratello [ ] sorella [ ] figlio/a [ ] coniuge  
[ ] parente di secondo grado (\_\_\_\_\_) [ ] affine di secondo grado

☐ di essere parente di terzo grado al Sig. \_\_\_\_\_

di essere affine di terzo grado al Sig. \_\_\_\_\_ ma che lo stesso ( ) non è coniugato ( ) è

☐ vedovo ( ) coniugato, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età ( ) è coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante ( )  
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 di età ( ) ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante

il quale risulta affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 4 comma 1, della legge 104/92.

#### CHIEDE

di usufruire <sup>(1)</sup>

☐ del prolungamento del congedo parentale per l'assistenza al figlio disabile (art.3, D. Lgs. n.151/01, così come sostituito  
dall'art. 3 D.Lgs. n. 119/2011)

☐ dei riposi giornalieri per assistenza al figlio minore di anni 3 (art.42, c.1, D. Lgs. n.151/01) articolando il proprio orario di  
lavoro nel seguente modo

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Ingresso						
Uscita						

☐ dei tre giorni di permesso mensile per assistenza al figlio disabile minorenne (art. 42, c.2, D.Lgs. 151/01 così  
come sostituito dall'art.4 D.Lgs. n. 119/2011) <sup>(1)</sup>  
( ) da frazionare ad ore (max 18) ( ) da frazionare a mezzette giornate (max 6)

☐ dei tre giorni di permesso mensile per assistenza al figlio disabile maggiorenne (art. 33, c.3, L. 104/92 così  
come sostituito dall'art.6 D.Lgs. n. 119/2011) <sup>(1)</sup>  
( ) da frazionare ad ore (max 18) ( ) da frazionare a mezzette giornate (max 6)

☐ dei tre giorni di permesso mensile per assistenza al familiare disabile (art. 33, c.3, L. 104/92 così come  
sostituito dall'art.6 D.Lgs. n. 119/2011) <sup>(1)</sup>  
( ) da frazionare ad ore (max 18) ( ) da frazionare a mezzette giornate (max 6)

☐ dei tre giorni di permesso mensile per assistenza all'affine disabile (art. 33, c.3, L. 104/92 così come sostituito  
dall'art.6 D.Lgs. n. 119/2011) <sup>(1)</sup>  
( ) da frazionare ad ore (max 18) ( ) da frazionare a mezzette giornate (max 6)

A tal fine allega certificato della ASL attestante la connotazione di gravità dell'handicap di cui al comma 3 dell'art. 3 della L.104/1992.

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni falsi o mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR n. 445/00, il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità:

• di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

• che il disabile non è ricoverato a tempo pieno (art. 33, comma 3, L. 104/92 e punto 5 a della circolare

Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010).

• che il disabile è nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ codice

fiscale \_\_\_\_\_, è residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) ed <sup>(1)</sup> <sup>(1)</sup>

( ) è dipendente della seguente P.A. \_\_\_\_\_  
( ) non è dipendente di alcuna P.A.;

• che la distanza tra la propria residenza e quella del familiare è ( ) inferiore ai 150 km ( ) superiore ai 150 km.

• (3) che l'altro genitore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ lavoratore presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ codice fiscale  
con sede in \_\_\_\_\_

- ( ) usufruisce del medesimo beneficio ( ) non usufruisce del medesimo beneficio
- che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap <sup>(4)</sup>
  - che nel nucleo familiare del disabile sono presenti i seguenti parenti / affini entro il 2° grado lavoratori che non usufruiscono dei permessi ai sensi dell'art. 33 L. 104/92 per lo stesso handicap:

Cognome e Nome	Grado di Parentela	Nome Azienda	Indirizzo Azienda

- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale chiede le agevolazioni;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza (circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 13/2010, punto 7)
- 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 (circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 13/2010, punto 7)

(1) Barrare la casella che interessa

(2) Allegare idonea documentazione o, nei casi consentiti dal SPR 445/00, dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà. Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle a carattere permanente indicate dall'art.2 del DM 278/00

(3) per il solo genitore disabile

(4) per il familiare / affine di disabile

(\*) dichiarazione da rendere compatibilmente con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di collocamento a riposo per limiti massimi di età

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a:

1. comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n.13/2010, punto 7);
2. presentare dichiarazione a cadenza annuale che da parte della ASL non si è provveduto a revoche, rettifiche o modifiche circa il giudizio sulla connotazione di gravità, nonché a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei presupposti per la fruizione o la documentazione dei permessi stessi (circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n.13/2010, punto 7);
3. documentare, per ogni permesso orario o giornaliero fruito, con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito qualora la persona cui presta assistenza fosse residente in comune situato a distanza superiore a 150 km rispetto a quella della propria residenza (art. 33, comma 3 bis, L. 104/92 così come aggiunto dall'art. 6, c. 1, lettera b, del D.Lgs. 119/2011);
4. comunicare tempestivamente ogni variazione circa la residenza propria e di quella del disabile e circa la sussistenza o meno di un rapporto di lavoro dipendente con una P.A. dello stesso.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 il sottoscritto:

☐ sottoscrive la presente domanda e allega copia fotostatica del proprio documento di identità

☐ sottoscrive la presente istanza dinanzi al dipendente addetto, previo accertamento della propria identità

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'AOU Federico II, titolare del trattamento nella persona del Direttore Generale.