



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⁽¹⁾

di essere genitore del minore

di essere nella seguente relazione di parentela con il sig. _____ : ⁽¹⁾

[] 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 ⁽¹⁾

del prolungamento del congedo parentale per l'assistenza al figlio disabile (art.3, D. Lgs. n151/01, così come sostituito dall'art. 3 D.Lgs. n. 119/2011)

del riposo giornalieri per assistenza al figlio minore di anni 3 (art.42, c.1, D. Lgs. n151/01) 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) ⁽¹⁾

() da frazionare ad ore (max 18) () da frazionare a mezze 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) ⁽¹⁾

() da frazionare ad ore (max 18) () da frazionare a mezze 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) ⁽¹⁾

() da frazionare ad ore (max 18) () da frazionare a mezze 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) ⁽¹⁾

() da frazionare ad ore (max 18) () da frazionare a mezze 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 (aart. 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 (1) (1)
- () 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

_____ / _____, lavoratore presso () il _____ / _____ nato a 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⁽⁴⁾
• 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:

Cognomee Nome	Grado di Parentela	NomeAzienda	IndirizzoAzienda

- 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 DPR 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 consegua 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.