

AL DIRIGENTE/ RESPONSABILE RISORSE UMANE
DELL'UFFICIO UNICO DEL PERSONALE
DELL'UNIONE DEI COMUNI TERRE E FIUMI
VIA ROMA N.28
COPPARO

E , p.c.

AL RESPONSABILE DEL

Oggetto: domanda permessi retribuiti art. 33 legge 104/92.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 33 della legge 104/92 il/la sottoscritto/a chiede alla S.V. l'autorizzazione a poter usufruire dei permessi retribuiti nel limite massimo mensile consentito dalla norma richiamata.

A tal fine dichiara:

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Cognome	Nome	
Nato a	il ____ / ____ / ____	
Residente a	Via	
nr.	C.A.P.	Codice fiscale
dipendente del		
in servizio presso Area/Servizio		Categoria giuridica
con rapporto a tempo pieno <input type="checkbox"/>		con rapporto a part-time <input type="checkbox"/> al ____ % tel. sede servizio

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

Cognome	Nome	
Nato a	il ____ / ____ / ____	
Residente a	Via	
nr.	C.A.P.	Codice fiscale
Portatore di handicap grave accertato dal		
di		in data ____ / ____ / ____
soggetto ad accertamenti di revisione: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> se si in data		
rapporto di parentela con il richiedente		
Ricoverato a tempo pieno (indicare SI o NO) _____ se ricoverato indicare dove:		
in via _____ C.A.P. _____ Città _____		
tipo di struttura		

In caso di convivenza con l'assistito precisare lo stato di famiglia

Cognome e Nome	data e luogo di nascita	attività	relazione di parentela
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Per le finalità di cui innanzi allega la seguente documentazione (contrassegnare con un segno di X la documentazione che si allega e/o che si dichiara con autocertificazione):

- 1.0** - Verbale di accertamento dell' handicap "in situazione di gravità" ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104/92, rilasciato dalla Commissione Competente istituita presso l' A./U.S.L. _____;
- 2.0** - Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio rilasciata dal dipendente, sottoscritta in presenza del funzionario dell'Ente addetto a riceverla, con relativa annotazione, oppure accompagnata da fotocopia di un documento di identità, secondo la vigente normativa, dalla quale risulti che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno nelle strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria.
- 3.0-** Dichiarazione rilasciata dal soggetto disabile maggiorenne riportante la dichiarazione di gradimento dell'assistenza da parte del richiedente
oppure
- 3.1-** Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio *accompagnata da fotocopia di un documento d'identità del disabile maggiorenne, secondo la vigente normativa, dalla quale si evince il gradimento dell'assistenza da parte del richiedente.*
- 4.0-** Dichiarazione del dipendente richiedente con cui si impegna a fornire tempestive notizie all'Amministrazione, in ordine ad eventuali modifiche dello stato di famiglia relativamente al venir meno dell'assistenza al disabile;
- 5.0** Atto (_____) o dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio rilasciata dal dipendente, sottoscritta in presenza del funzionario dell'Ente addetto a riceverla, con relativa annotazione, oppure accompagnata da fotocopia di un documento di identità, secondo la vigente normativa, dalla quale si evince il rapporto di parentela con il disabile;
- 6.0.** Dichiarazione che nessun altro parente o affine fra quelli aventi titolo a chiedere i benefici della legge 104/92 usufruisce di permessi retribuiti per l'assistenza al soggetto disabile;

Con la firma in calce il sottoscritto autorizza l'Ente _____ ai sensi della legge n. 196/2003, all'utilizzo dei dati personali raccolti nonché quelli relativi ai suoi familiari e a quelli che saranno raccolti nel corso del procedimento purchè trattati secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza.

Luogo e data _____

Il/la Richiedente

Ai fini della dichiarazione dell'autenticità della firma il richiedente allega fotocopia del documento di identità

nr: _____ rilasciato il _____ dal _____

Firma resa dinanzi al responsabile del procedimento (solo nel caso che non si allegi la copia del documento di identità):

Il/la sottoscritto/a _____ nella qualità di _____ dichiara che la su estesa firma è stata posta in sua presenza dal dichiarante identificato mediante _____.

Luogo e data, _____

Il responsabile del procedimento

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

1) DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA NON RICOVERABILITA' A TEMPO PIENO DEL SOGGETTO DISABILE

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di richiedente del benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, dichiara che il soggetto disabile al quale assicurerà l'assistenza non è ricoverato a tempo pieno presso strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria.

li _____

Il/la Dichiarante _____

2) DICHIARAZIONE RILASCIATA DAL DISABILE MAGGIORENNE

Il/la sottoscritto/a _____ meglio generalizzato/a a pag. 1 della presente istanza, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

il proprio gradimento circa l'assistenza che il/la richiedente dei benefici vorrà assicurargli/le a causa delle ridotte capacità procurate dalla disabilità in essere.

li _____

Il/la Dichiarante _____

3) DICHIARAZIONE DI IMPEGNO A COMUNICARE VARIAZIONI

Il /la sottoscritto/a richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

che comunicherà con tempestività ogni eventuale modifica interessante la concessione dei benefici richiesti ai sensi della legge 104/92.

li _____

Il/la Dichiarante _____

4) DICHIARAZIONE CHE NESSUN ALTRO FAMILIARE USUFRUISCE DEI BENEFICI DELLA LEGGE 104/92 PER IL SOGGETTO DISABILE

Il /la sottoscritto/a richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

che nessun altro componente il nucleo familiare o parente o affine del soggetto disabile interessato alla presente istanza ha in godimento i benefici di cui alla legge 104/92.

li _____

Il/la Dichiarante _____

5) DICHIARAZIONE DEL GRADO DI PARENTELA CON IL SOGGETTO DISABILE

Il /la sottoscritto/a richiedente i benefici di cui alla legge 104/92, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

di avere il seguente rapporto di parentela con il soggetto disabile _____.

li _____

Il/la Dichiarante _____

Alla presente allega fotocopia del documento di identità in corso di validità del soggetto disabile e del soggetto che richiede.

Firma resa dinanzi al responsabile del procedimento (solo nel caso che non si allegi la copia del documento di identità):

Il sottoscritto _____ nella qualità di _____ dichiara che la su estesa firma è stata posta in sua presenza dal dichiarante identificato mediante _____.

Luogo e data, _____

Il responsabile del procedimento _____