

Al Dirigente del Settore _____

Oggetto: Richiesta permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/92.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____
codice fiscale _____ e residente a _____
in via _____ dipendente di questa Amministrazione con
profilo professionale di _____ attualmente assegnato/a al
settore _____ con contratto di lavoro:

- ☐ a tempo indeterminato
- ☐ a tempo determinato
- ☐ full time
- ☐ part time verticale
- ☐ part time orizzontale

CHIEDE

di poter fruire dei permessi di cui all'art.33 c. 3 alla Legge 104 del 1992 per:

Rapporto di parentela _____

Cognome e nome _____, nato/a a _____

il _____ codice fiscale _____

ricosciuto/a persona in situazione di handicap grave con necessità di assistenza continua come
da verbale di visita del _____

Con le seguenti modalità:

- ☐ Tre giorni mensili
- ☐ Permessi orari giornalieri

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare preventivamente (salvo che non sia oggettivamente impossibile), i giorni ovvero le ore di assenza al fine del buon andamento dell'Ufficio.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 25 dicembre 2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- ☐ Che tale disabile non è ricoverato/a a tempo pieno.
- ☐ Che sono l'unico familiare che assiste con continuità ed in via esclusiva il disabile di cui sopra.
- ☐ Che non vi sono altri familiari che usufruiscono di tale beneficio per la stessa persona disabile di cui sopra.
- ☐ Di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni /ovvero di necessitare delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- ☐ 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;
- ☐ 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

- Che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità, impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Il/La dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Si allega alla presente:

1. originale/copia conforme del verbale della Commissione Medica della ASL attestante la gravità di cui all'art.4 della L. 104/92
2. fotocopia documento della persona che necessita assistenza
3. fotocopia documento del richiedente

Cordiali saluti

L'Aquila lì _____

IL/LA DIPENDENTE

Per eventuali comunicazioni: tel.

Visto si prende atto

IL/LA RESPONSABILE DI STRUTTURA