

**OGGETTO: RICHIESTA PERMESSI ART. 33 LEGGE 104/92 e s.m.i.**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_

**chiede**

di fruire dei permessi ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92 e s.m.i. per assistere

il/la sig./ra \_\_\_\_\_

**CONGIUNTAMENTE AI sig.** \_\_\_\_\_

**Nato il** \_\_\_\_\_ **C.F.** \_\_\_\_\_

**RAPPORTO DI PARENTELA CON IL PORTATORE DI HANDICAP** \_\_\_\_\_

**DATORE DI LAVORO** \_\_\_\_\_

**SEDE** \_\_\_\_\_

**QUALIFICA** \_\_\_\_\_

Al fine della valutazione dell'istanza la/il sottoscritta/o comunica quanto segue:

**A) DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

portatore di handicap grave accertato dall'ASL \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

rapporto di parentela con il richiedente \_\_\_\_\_ ed è tuttora vivente

ricoverato a tempo pieno       ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati (per i figli inferiori anni 3)

convivente con il richiedente

**B) SITUAZIONE DI FAMIGLIA DEL PORTATORE DI HANDICAP CONVIVENTE CON IL RICHIEDENTE**

1)	_____	_____	_____	_____
	(Cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(relazione parentela)
	_____	_____	_____	_____
	(professione)	(datore di lavoro)		(sede stabilimento)
2)	_____	_____	_____	_____
	(Cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(relazione parentela)
	_____	_____	_____	_____
	(professione)	(datore di lavoro)		(sede stabilimento)
3)	_____	_____	_____	_____
	(Cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(relazione parentela)
	_____	_____	_____	_____
	(professione)	(datore di lavoro)		(sede stabilimento)
4)	_____	_____	_____	_____
	(Cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(relazione parentela)
	_____	_____	_____	_____
	(professione)	(datore di lavoro)		(sede stabilimento)

**C) SITUAZIONE DI FAMIGLIA DEL PORTATORE DI HANDICAP NON CONVIVENTE CON IL RICHIEDENTE (parenti e affini entro il secondo grado)**

1)	_____	_____	_____	_____
	(Cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(relazione parentela)
	_____	_____	_____	_____
	(professione)	(datore di lavoro)		(sede stabilimento)
2)	_____	_____	_____	_____
	(Cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(relazione parentela)
	_____	_____	_____	_____
	(professione)	(datore di lavoro)		(sede stabilimento)
3)	_____	_____	_____	_____
	(Cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(relazione parentela)
	_____	_____	_____	_____
	(professione)	(datore di lavoro)		(sede stabilimento)
4)	_____	_____	_____	_____
	(Cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(relazione parentela)
	_____	_____	_____	_____
	(professione)	(datore di lavoro)		(sede stabilimento)

**D) SITUAZIONE DI FAMIGLIA DEL PORTATORE DI HANDICAP PER L'ESTENSIONE DEI PERMESSI AL RICHIEDENTE PARENTE E/O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO**

i genitori della persona con handicap si trovano nella condizione di:

\_\_\_\_\_ (qualora la condizione è riferita a patologie invalidanti occorre allegare la idonea documentazione)

il coniuge della persona con handicap si trova nella condizione di:

\_\_\_\_\_

**D) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità **dichiara che:**

- le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- **di prestare assistenza, sempre nel limite dei tre giorni mensili, per lo stesso congiunto disabile unitamente al sig. \_\_\_\_\_ ;**
- di essere consapevole che le agevolazioni richieste 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 richieste comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela dei disabili;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni richieste;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.L. 196/2003

Data \_\_\_\_\_

firma -----

Si Allega:

N° 1 - copia autenticata e leggibile del verbale della Commissione Medica ex art 4 L. 104/92

N° 1 - fotocopia di un documento di identità del dipendente

N° 1 - fotocopia di un documento di identità della persona da assistere