



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A FRUIRE DEI PERMESSI PER ASSISTENZA A FIGLI E FAMILIARI CON DISABILITÀ

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____
(nome) (cognome)

in servizio presso _____ con rapporto di lavoro in regime:

- a tempo pieno
- a tempo parziale orizzontale / verticale / misto, con prestazione dell'attività lavorativa pari a ____ ore settimanali per ____ giorni

PREMESSO⁽¹⁾

- di essere genitore del minore _____
- di essere nella seguente relazione di parentela con il sig. / la sig.ra _____
 padre madre fratello sorella figlio/a coniuge parte dell'unione civile convivente
 parente di secondo grado (_____) affine di primo grado (_____) affine di secondo grado (_____)
- di essere parente /affine di terzo grado al Sig. _____ e che lo stesso non è coniugato è vedovo è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età è coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante⁽²⁾ è separato legalmente o divorziato è coniugato ma in situazione di abbandono è orfano di entrambi i genitori ha i genitori con più di 65 anni di età ha 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 minore con disabilità (art. 33, D.Lgs. 151/01, e s.m.i.)
- dei riposi giornalieri per assistenza al figlio minore di 3 anni (art. 42, c.1, D.Lgs. 151/01) articolando il proprio orario di lavoro nel seguente modo:

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
Ingresso						
Uscita						

per l'assistenza al figlio minore con disabilità (art.42, c.2, D.Lgs. 151/01 e s.m.i.)⁽¹⁾:
 dei giorni di permesso mensile delle ore di permesso mensile

per l'assistenza al figlio maggiorenne con disabilità (art.33, c. 3, L. 104/92 e s.m.i.)⁽¹⁾:
 dei giorni di permesso mensile delle ore di permesso mensile

per l'assistenza al parente /affine /coniuge /convivente /parte dell'unione civile con disabilità (art. 33, c. 3 L.104/92 e s.m.i.)⁽¹⁾:
 dei giorni di permesso mensile delle ore di permesso mensile

A tal fine allega verbale della ASL/INPS 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 della circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010).
- che il disabile è nato a _____ il ____/____/____
 codice fiscale _____, è residente a _____ ed ^{(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 ⁽¹⁾
 - inferiore ai 150 km
 - superiore ai 150 km
- che l'altro genitore ⁽³⁾ _____ nato a _____ il ____/____/____ codice fiscale _____, lavoratore presso _____ con sede in _____
 - usufruisce del medesimo beneficio
 - non usufruisce del medesimo beneficio
- che non ci sono altre persone che utilizzano permessi per la stessa persona con disabilità ⁽⁴⁾.
- che in relazione al soggetto con disabilità sono presenti i seguenti parenti / affini entro il 3° grado lavoratori che non usufruiscono dei permessi ai sensi dell'art. 33 L. 104/92 per la stessa persona con disabilità:

Cognome e Nome	Grado di Parentela	Nome Azienda	Indirizzo Azienda

- di prestare assistenza nei confronti del soggetto con disabilità per il quale chiede le agevolazioni;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del soggetto con disabilità 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 soggetto con disabilità (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 del soggetto con disabilità
(4) per il familiare / affine di della persona con disabilità
(*) dichiarazione da rendere compatibilmente con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di collocamento a riposo per limiti massimi di età

Il/la sottoscritto/a, inoltre, si impegna a:

- fornire, all'inizio di ogni mese, al Responsabile della propria sede di servizio la programmazione dei permessi richiesti;
- comunicare tempestivamente all'Ufficio Assenze e Presenze del Personale Contrattualizzato 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);
- 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 e s.m.i.);
- comunicare tempestivamente all'Ufficio Assenze e Presenze del Personale Contrattualizzato ogni variazione circa la residenza propria e di quella del soggetto con disabilità e circa la sussistenza o meno di un rapporto di lavoro dipendente con una P.A. dello stesso.
- presentare, entro il 15 gennaio di ogni anno, dichiarazione attestante che da parte dell'ASL / INPS:
 - non è intervenuta alcuna variazione dei presupposti soggettivi per la fruizione dei permessi retribuiti di cui alla L.104/92 dichiarati all'atto dell'istanza in possesso dell'Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato;
 - da parte dell'ASL/INPS non si è provveduto a revoche, rettifiche o modifiche circa il giudizio sulla connotazione di gravità dell'handicap del soggetto assistito.

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

- 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

Il Dipendente addetto