


<b>TIMBRO ENTE ASSOCIATO</b>	 <b>PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA</b> Ufficio Associato Assunzioni e Trattamento giuridico
<b>PROTOCOLLO</b>	

**ISTANZA PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' (AI SENSI DELL'ART. 33 LEGGE 104/92 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI) E DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA (AI SENSI DELLA CIRCOLARE DFP N. 13/2010)**

**ALLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA  
UFFICI ASSOCIATI PER LA  
GESTIONE DEL PERSONALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
 residente a \_\_\_\_\_ in  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 dipendente del Comune di \_\_\_\_\_ con profilo di  
 \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_  
 presso il Servizio \_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro  a tempo indeterminato  a tempo determinato  a tempo pieno  
 a part time orizzontale  a part time verticale con prestazione lavorativa resa su n. \_\_\_ giornate

**CHIEDE**

l'applicazione del beneficio previsto dal comma 3 dell'art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni (3 giorni di permesso mensile retribuiti, fruibili anche a ore nel limite di 18 mensili) in quanto **presta assistenza al proprio familiare** riconosciuto persona con handicap in situazione di gravità dalla apposita Commissione istituita presso l'AUSL di \_\_\_\_\_ come attestato dall'allegato verbale:

Cognome	Nome	Rapporto di parentela/affinità con il dipendente richiedente (*)

**N.B. LE INFORMAZIONI DETTAGLIATE SULLA PERSONA ASSISTITA (indispensabili al fine del monitoraggio previsto dall'art. 24 della Legge 183/2010) VANNO RESE NEL PROSPETTO A PAGINA 3 DEL PRESENTE MODULO**

(\*) si rammenta che i permessi spettano **solo** al coniuge e a parenti e affini entro il 2° grado. E' possibile estendere il beneficio a parenti e affini di 3° grado solo qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap grave abbiano compiuto i 65 anni, oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (requisiti da comprovare debitamente). Si riporta di seguito la tabella riassuntiva dei gradi di parentela e affinità:

<b>Parenti 1° grado: genitori, figli</b>	<b>Parenti 2° grado: nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli dei figli)</b>	Parenti 3° grado: zii, nipoti (figli di fratelli/sorelle) bisnonni, pronipoti
<b>Affini 1° grado: suoceri, nuore/generi</b>	<b>Affini 2° grado: cognati</b>	Affini 3° grado: zii acquisiti, nipoti acquisiti

## A TAL FINE DICHIARA

ai sensi dell'art 46 del DPR 445/2000 e consapevole  
delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere dell'art. 75 del DPR 445/2000

- che il proprio familiare non è ricoverato a tempo pieno presso una struttura che assicura assistenza sanitaria.** (Sono fatte salve le deroghe previste dalla Circolare DFP n.13/2000 come ad esempio ricovero di minore che necessita di assistenza dei genitori). Il/la sottoscritto/a si impegna a fornire tempestiva comunicazione di qualsiasi variazione, astenendosi comunque dal fruire dei permessi qualora il familiare venga ricoverato, anche temporaneamente;
- che nessun altro lavoratore dipendente (pubblico o privato) fruisce di permessi per assistere la stessa persona con handicap. Il/la sottoscritto/a, per consentire all'Amministrazione di effettuare i controlli a campione previsti dalla normativa, comunica la situazione anagrafica e lavorativa dei propri familiari, compilando in ogni parte la tabella a pagina 4 del presente modulo;

### oppure in alternativa

- che c'è altro lavoratore dipendente \_\_\_\_\_ (indicare nome e cognome) \_\_\_\_\_ (indicare grado parentela con il soggetto riconosciuto persona con handicap grave) impiegato presso la Ditta \_\_\_\_\_ (indicare ragione sociale, indirizzo e recapito telefonico) o presso l'Ente \_\_\_\_\_ (indicare denominazione, indirizzo e recapito telefonico) *che beneficia/che intende beneficiare* dei permessi per lo stesso portatore di handicap, alternativamente con il sottoscritto, e nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi;

### DICHIARA INOLTRE

- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste 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;
- 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;
- di essere consapevole che le legittime assenze dal servizio per fruire dei permessi comportano ricadute sull'organizzazione della struttura/servizio/ufficio di assegnazione e di impegnarsi a concordare per quanto possibile le relative modalità di fruizione con il proprio Dirigente/Responsabile, e comunque a dargliene comunicazione con congruo anticipo, fatte salve, ad effettiva tutela del disabile assistito, esigenze urgenti e non programmabili;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto della normativa a tutela della protezione dei dati personali, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ivi compresa la raccolta e la trasmissione telematica alla apposita banca dati istituita presso il Dipartimento della Funzione Pubblica, finalizzata al monitoraggio e al controllo della legittima fruizione dei permessi;

### E SI IMPEGNA

**a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, in particolare quando il beneficio sia concesso sulla base di un accertamento provvisorio ovvero l'accertamento della situazione di grave disabilità sia soggetto a revisione,** e comunque a confermare con cadenza annuale la sussistenza delle condizioni dichiarate, su apposita modulistica resa disponibile dall'Amministrazione ed entro la scadenza comunicata.

Data \_\_\_\_\_

In fede

## SCHEDA INFORMATIVA PERSONA ASSISTITA -

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

- Sesso:  Maschio  Femmina

- Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

- Nazione: \_\_\_\_\_

- Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

- Data di Nascita: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

- Residenza: Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

- Tipo disabilità:  Non Rivedibile  Rivedibile Anno Revisione \_\_\_\_\_

- Parentela (rispetto al richiedente):

Genitore  Coniuge  Figlio  Parente o affine fino al 2° Grado

Parente o affine fino al 3° Grado

se il beneficio è richiesto per assistere parente o affine di 3° grado, specificare per quale motivazione (ai sensi dell'art. 33, comma 3, l. n. 104 del 1992 e s.m.i.):

Coniuge della persona disabile con età superiore a 65 anni

Genitori della persona disabile con età superiore a 65 anni

Coniuge affetto da patologia invalidante

Genitori affetti da patologia invalidante

Coniuge deceduto o mancante

Genitori deceduti o mancanti

-----

- L'assistito è dipendente pubblico: SI  NO

se dipendente pubblico indicare:

tipo rapporto/contratto:  Tempo indeterminato  Tempo determinato

Amministrazione: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI SULLA SITUAZIONE ANAGRAFICA E LAVORATIVA  
DEI FAMILIARI DEL RICHIEDENTE IL PERMESSO**

rese ai sensi dell'art 46 del DPR 445/2000 consapevole  
delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere dell'art. 75 del DPR 445/2000

Cognome nome	Data di nascita	Rapporto di parentela con la persona riconosciuta portatrice di handicap	Situazione lavorativa, denominazione datore di lavoro con indicazione dell'indirizzo della sede legale o matricola aziendale

**EVENTUALI ANNOTAZIONI E/O DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

data \_\_\_\_\_

In fede

---