

Al Direttore della U.O.C.
Politiche del Personale e
Gestione Risorse Umane

OGGETTO: Richiesta fruizione dei benefici previsti dalla Legge 05.02.1992 n°.104 e s.m.i.

Il/La sottoscrittmatr.
dipendente di questa Azienda con la qualifica di
in servizio presso..... ,
in qualità di:

- soggetto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art.3, c.3 della Legge n. 104/92
- coniuge del/la sig./sig.ra _____/
- parente* _____ del/la sig./sig.ra _____/
- affine* _____ del/la sig./sig.ra _____
- Convivente del/la sig./sig.ra _____

Soggetto portatore di handicap in situazione di gravità, (Cod. Fisc. _____)

Residenza:

Via _____ Località _____

(allegare copia del documento di riconoscimento, copia del codice fiscale e Verbale della Commissione Medica per l'Accertamento dell'Handicap rilasciato dalla competente Sede INPS ai sensi dell'art 3, comma 3 della L. n. 104/92))

CHIEDE

Alla S.V. di essere autorizzat_ alla fruizione dei benefici previsti dalla Legge 05.02.1992, n°.104 e s.m.i.

- COME UNICO BENEFICIARIO** (allegare copia del documento e autodichiarazione sostitutiva)
- ALTERNATIVAMENTE** con :

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____

GRADO DI PARENTELA _____

DIPENDENTE PRESSO:

AZIENDA/SOCIETA' _____

Indirizzo _____ Tel. _____

e-mail _____

(allegare copia del documento di riconoscimento e autodichiarazione sostitutiva)

Specificatamente si richiede:

- Tre giorni di permesso mensile;**
- Diciotto ore mensili;**
- Due ore di permesso giornaliero** (solo per sé medesimo in qualità di portatore di handicap in situazione di gravità)

Distinti saluti

Roma, _____

Firma

Cellulare:

(*). Indicare il rapporto di parentela / affinità con la persona portatrice di handicap per cui si chiedono i benefici).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art.46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n°.445 e succ. modif. ed integr.)

Il/La sottoscritto/a _____
nat_ a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____
residente in _____
in servizio presso U.O. _____

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del succitato D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera(art. 75 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

DICHIARA

a) che la propria famiglia convivente, oltre che al/la sottoscritto/a si compone di **(indicare Cognome, Nome, grado di parentela, Luogo e data di nascita, residenza, professione, datore dilavoro con relativo indirizzo):**

b) che la persona assistita non è ricoverata a tempo pieno presso istituti e che detta persona, qualora lavoratore, non beneficia personalmente del permesso anzidetto;

c) che la famiglia (parenti ed affini entro il terzo grado) del sig./a _____
disabile in situazione di gravità, per cui si richiede il beneficio si compone di **(indicare Cognome, Nome, grado di parentela, Luogo e data di nascita, residenza, professione e datore di lavoro con relativo indirizzo):**

.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

-che la persona per cui chiede le agevolazioni non è ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa);

- **di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni oppure di necessitare delle agevolazioni correlate 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 ;**
- **di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla U.O.C. Politiche del Personale e Gestione Risorse Umane, ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni come ad esempio:**

- **eventuale ricovero a tempo pieno della persona disabile in condizione di gravità;**
- **revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione Medica competente;**
- **decesso del familiare disabile.**

AUTORIZZA

L'amministrazione al trattamento dei dati sensibili ai sensi del Regolamento Europeo n. 2016/679 e del D.Lgs 196/2003 e s.m.i..

Roma, _____

IL DIPENDENTE DICHIARANTE