

 <p> SERVIZIO SANITARIO REGIONALE <small>Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</small> </p> <p> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA </p>	<h1>PERMESSI LEGGE 104/92</h1>	<p>Modello N</p> <hr/> <p>Pag. 1/4</p>
---	--------------------------------	---

AL RESPONSABILE DELLA U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

Il/La sottoscritto/a _____ matricola n. _____
 in forza all'Unità Operativa di _____ del Presidio di _____
 _____ con la qualifica di _____
 con rapporto di lavoro: a tempo pieno part-time _____%

CHIEDE:

PERMESSO PER ASSISTERE PERSONA CON HANDICAP GRAVE

di essere autorizzato/a in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992, n. 104, a fruire dei permessi mensili retribuiti per assistere il proprio familiare:

- *COGNOME E NOME* _____
- *LUOGO E DATA DI NASCITA* _____
- *RESIDENZA SE DIVERSA DA QUELLA DEL RICHIEDENTE:*
- *INDIRIZZO* _____ *COMUNE* _____ *PROV.* _____

PERMESSO PER SE' STESSO

di essere autorizzato a fruire per la propria persona, riconosciuta affetta da handicap in situazione di gravità, dei tre giorni di permesso mensile retribuito o in alternativa di due ore giornaliere retribuite, in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992, n. 104.

Al riguardo il/la sottoscritto/a allega:

- dichiarazione sostitutiva atto di notorietà
- copia del certificato verbale visita medico collegiale della Commissione medica per l'accertamento dell'handicap della ASL di _____
- copia provvedimento di adozione o affidamento (solo nei casi previsti).

Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____

Firma _____

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
 residente a _____ in via _____ n. _____

recapito telefonico _____ *consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 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) in riferimento alla fruizione dei permessi di cui all'art 33 della L. 104/92*

DICHIARA:

- 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;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente, entro e non oltre trenta giorni dal verificarsi dell'evento, ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni dovuta ad uno dei seguenti motivi:
 - Eventuale ricovero a tempo pieno della personale disabile in situazione di gravità;
 - Revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione medica competente;
 - Modifiche ai periodi di permesso richiesti;
 - Eventuale decesso del disabile;
 - Assistenza della persona disabile da parte di altro familiare;
 - Altro da specificare _____

IN CASO DI BENEFICIO RICHIESTO PER UN PROPRIO FAMILIARE

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave;

GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE:

- di essere genitore della persona in situazione di handicap grave;
- di essere coniuge della persona in situazione di handicap grave;
- di essere figlio della persona in situazione di handicap grave;
- di essere parente entro il 2° grado (nonno, fratello o sorella, nipote (in quanto figlio del figlio) o affine entro il 2° grado (suocero, genero, nuora, fratello e sorella del coniuge (cognati), nonni del



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA

PERMESSI LEGGE 104/92

Modello N

Pag. 3/4

coniuge (genitori dei suoceri)) di persona in situazione di handicap grave, non ricoverato a tempo pieno in istituti specializzati: _____

di essere parente entro il 3° grado (bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e sorelle) e pronipoti (figli di nipoti) o affine entro il 3° grado (bisnonni del coniuge, zii del coniuge (fratelli e sorelle dei suoceri), nipoti (figli dei cognati) di persona in situazione di handicap grave, non ricoverato a tempo pieno in istituti specializzati _____ e che ricorrono le seguenti condizioni:

il genitore e il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità hanno compiuto i sessantacinque anni di età;

il genitore e il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità sono affetti da patologie invalidanti di cui al Decreto Interministeriale n. 278 del 21.7.2000:

1) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;

2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;

3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;

4) patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui ai precedenti numeri 1, 2, e 3 o per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà;

5) il genitore e il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità sono deceduti mancanti (cioè assenza in senso stretto (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto), o situazioni giuridiche ad esse assimilabili, che abbiano carattere stabile e certo, quali il divorzio, la separazione legale e l'abbandono, risultanti da documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità);

(in caso di fruizione alternativa dei genitori per minore) che l'altro genitore Sig./ra _____ dipendente presso _____ beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il/la sottoscritto/a nel limite massimo stabilito per legge tra i due genitori;

(in caso di beneficiario ex art 42 D.lgs 151/2001) di non fruire dei permessi della legge 104/1992 nello stesso periodo in cui si beneficia del congedo straordinario ex art 42 del D.lgs 151/2001 per l'assistenza del soggetto portatore di handicap grave;

(in caso di assistito residente in comune situato a distanza chilometrica superiore a 150 Km rispetto alla residenza del richiedente) di impegnarsi nei giorni in cui beneficia di detti permessi ad esibire idonea documentazione comprovante l'effettiva assistenza alla persona portatrice di handicap grave;

N.B.: Nel caso di lavoratore in situazione di handicap grave e non ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere, case di cura convenzionate e private, che assiste familiare in situazione di handicap grave occorre precisare che i giorni di permesso dei due soggetti interessati devono essere fruiti nelle stesse giornate, considerato che l'assenza dal lavoro, con la conseguente fruizione dei permessi da parte di chi assiste, è giustificata dal fatto che deve assistere l'handicappato, assistenza che non necessita durante le giornate in cui quest'ultimo lavora (Circolare INPS n. 128/2003).

IN CASO DI BENEFICIO RICHIESTO PER SE' STESSO

- Di essere lavoratore maggiorenne in situazione di handicap grave e non ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere, case di cura convenzionate o private e:
- di fruire di 3 giorni di permesso mensile retribuito;
 - di fruire di 2 ore retribuite al giorno (se l'orario è pari o superiore alle sei ore giornaliere, altrimenti spetta un'ora);
- *

Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____

Firma _____