

A .....  
.....  
[struttura aziendale competente all'istruttoria]

e p.c.

A .....  
.....  
[Dirigente responsabile della struttura di appartenenza]

Oggetto: Istanza di riconoscimento del diritto ai permessi ex art. 33, cc. 2 e 3, legge 104/1992.

....l.... sottoscritt....., nat.... il .....  
a ....., residente a .....  
in via ....., email .....  
in servizio presso ..... con qualifica  
di .....

**FORMULA ISTANZA**

di concessione dei permessi in oggetto, con decorrenza dal ....., nella misura di:

- tre giorni al mese;
- due ore al giorno (*solo per figlio di età non superiore ai 3 anni*).

A tal fine, ....l.... sottoscritt....., consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 445/2000, nonché della decadenza ex art. 75 dello stesso d.P.R. dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera,

**DICHIARA**

- che i permessi in epigrafe vengono richiesti per assistenza al.... propri.... figli....  
....., nat.... il .....  
a ....., residente a .....  
in via ..... c.f. ....;
- che il predetto figlio:
  - è portatore di handicap grave ex art. 3, comma 3, della legge 104/1992
  - è affetto/non è affetto (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*) da patologia oncologia e in data ..... è stata inoltrata istanza per l'accertamento dello stato di handicap (1)
  - è affetto da sindrome di Down (2)
- che il suddetto disabile:
  - non è dipendente pubblico;
  - è dipendente pubblico presso ..... con rapporto di lavoro a tempo       determinato       indeterminato;
- che il suddetto disabile (3):
  - non è ricoverato a tempo pieno;
  - è ricoverato a tempo pieno presso .....  
ed i permessi verranno fruiti per necessità del disabile di recarsi fuori dalla struttura che lo ospita

per effettuare visite o terapie o sottoporsi ad altre prestazioni sanitarie non erogabili all'interno  
(per ogni permesso fruito dovrà essere documentata l'effettuazione della visita o terapia);

è ricoverato a tempo pieno presso .....,  
in coma vigile e/o in situazione terminale, risultante da idonea certificazione medica rilasciata dalla struttura sanitaria (allegare certificazione medica);

è ricoverato a tempo pieno presso .....  
ed è documentata dalla struttura sanitaria la necessità di assistenza da parte di un genitore (ipotesi ammessa solo per disabile di minore età – allegare documentazione della struttura sanitaria);

- che l'altro genitore ....., nato il .....  
a ....., non svolge attività lavorativa subordinata;

**oppure**

- che l'altro genitore ....., nato il .....  
a ....., è lavoratore dipendente presso (indicare il datore di lavoro e la sede dello stesso) .....

e, per il periodo per il quale si richiedono i permessi ex art. 33 della legge 104/1992, non fruisce, per assistenza al sopra generalizzato figlio, degli stessi permessi, né del prolungamento del congedo parentale di cui all'art. 33, comma 1, del d.lgs. 151/2001, né del congedo retribuito ex art. 42, comma 5, del medesimo d.lgs. 151/2001;

e, per il periodo per il quale si richiedono i permessi ex art. 33 della legge 104/1992, fruisce, per assistenza al sopra generalizzato figlio, degli stessi permessi alternativamente con il sottoscritto nel limite massimo di tre giorni al mese o due ore al giorno;

- che nessun altro familiare del suddetto disabile fruisce, per assistenza al medesimo, dei permessi in parola o del congedo retribuito ex art. 42, comma 5, del d.lgs. 151/2001.

ALLEGA

- copia fotostatica del verbale redatto dalla Commissione medica competente all'accertamento dell'handicap (o diversa documentazione probatoria dello stato di disabilità – descrivere di seguito)

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

- (eventuale, ulteriore documentazione allegata per il riconoscimento del diritto ai permessi)

Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 445/2000, nonché della decadenza ex art. 75 dello stesso d.P.R. dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, il sottoscritto

## DICHIARA

- che la documentazione sopra descritta è conforme all'originale;
- che il giudizio ivi formulato in ordine alla condizione di disabilità non è stato rivisto né è scaduto.

Il sottoscritto inoltre DICHIARA:

- 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 dei disabili.

SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal loro verificarsi, le eventuali variazioni che dovessero intervenire circa le notizie e/o situazioni dichiarate con la presente.

DICHIARA, infine, di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'istanza in oggetto, rese disponibili dall'ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila, anche sul sito internet istituzionale, in apposita sezione "protezione dati personali", ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Reg. UE 2016/679 o RGPD). I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del RGPD potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Saragat - località Campo di Pile - 67100 L'Aquila - email [dpo@asl1abruzzo.it](mailto:dpo@asl1abruzzo.it) - pec [dpo@pec.asl1abruzzo.it](mailto:dpo@pec.asl1abruzzo.it)).

**Allega copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.**

.....  
(luogo e data)

.....  
(firma)

- 
- 
- (1) Qualora la commissione medica per l'accertamento dell'handicap non si pronunci entro 45 giorni dalla presentazione dell'istanza – ovvero entro 15 giorni nel caso di patologie oncologiche – l'accertamento dello stato di handicap può essere effettuato provvisoriamente, da un medico specialista nella patologia dalla quale è affetto il portatore di handicap, in servizio presso l'ASL da cui è assistito l'interessato.
  - (2) Le persone con sindrome di Down, su richiesta corredata da presentazione del cariotipo, sono dichiarate in situazione di gravità ex art. 3 della legge 104/1992 dalla competente commissione ASL o dal proprio medico di base.
  - (3) Per ricovero a tempo pieno si intende il ricovero per le intere 24 ore presso le strutture ospedaliere o, comunque, le strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria.