

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, comma 3, della 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, nella misura di tre giorni al mese, con decorrenza dal .....

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 a:  
....., nato il .....  
a ....., residente a .....  
in via ..... c.f. ....;
- che il predetto:
  - 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)
  - è grande invalido di guerra (3)
- che il sottoscritto è referente unico per l'assistenza al predetto disabile: pertanto, nessun altro familiare del suddetto disabile fruisce, per assistenza al medesimo, dei permessi in oggetto o del congedo retribuito ex art. 42, comma 5, del d.lgs. 151/2001;
- che il sottoscritto è, rispetto al predetto disabile:
  - coniuge;
  - civilmente unito ex art. 1, commi 2 e 3, della legge 76/2016;
  - convivente di fatto ex art. 1, comma 36, della legge 76/2016;
  - parente/affine entro il 2° grado ..... (4)
  - parente/affine di 3° grado ..... (4)

=====

**dichiarazioni da rendere nell'ipotesi di parentela/affinità di 3° grado (5)**

- che il predetto disabile:
  - non è coniugato / non è unito civilmente ex art. 1, commi 2 e 3, legge 76/2016 / non convive di fatto ex art. 1, comma 36, della legge 76/2016
  - è coniugato / unito civilmente / convivente con soggetto di età superiore a 65 anni
  - è separato legalmente / divorziato / sciolto dall'unione civile (6)
  - è coniugato / unito civilmente / convivente con soggetto affetto da patologia invalidante (6)
  - è coniugato / unito civilmente, ma il coniuge / parte dell'unione è deceduto
  - ..... (7)

dati del coniuge / parte dell'unione civile / convivente di fatto del portatore di handicap:  
cognome e nome .....  
nato il ..... a .....

- che il padre del predetto disabile .....  
nato il ..... a .....
  - è deceduto       è di età superiore a 65 anni       è affetto da patologia invalidante (6)
  - ..... (7)
- che la madre del predetto disabile .....  
nata il ..... a .....
  - è deceduta       è di età superiore a 65 anni       è affetta da patologia invalidante (6)
  - ..... (7)

=====

**dichiarazioni da rendere in ogni ipotesi**

- che il predetto disabile:
  - non è dipendente pubblico
  - è dipendente pubblico presso ..... con rapporto di lavoro a tempo       determinato       indeterminato;
- che il predetto disabile (8):
  - 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 ricovero a tempo pieno presso .....  
ed è documentata dalla struttura sanitaria la necessità di assistenza da parte di un genitore o di un familiare (ipotesi ammessa solo per disabile di minore età – allegare documentazione della struttura sanitaria);

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 sopra descritta documentazione è conforme ai relativi originali;
- 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 del disabile.

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) *Condizione attestata dalla documentazione rilasciata all'interessato dal Ministero competente al momento della concessione dei benefici pensionistici.*
- (4) *Specificare il rapporto di parentela o di affinità. Si rammenta che l'affinità è il vincolo tra un coniuge e i parenti dell'altro coniuge (cfr. art. 78, comma 1, C.C.). La parentela è il rapporto giuridico tra persone che discendono da uno stesso stipite e, quindi, legate da un vincolo di consanguineità. Sono parenti in linea retta le persone che discendono l'una dall'altra (genitore-figlio), sono parenti in linea collaterale coloro che, pur avendo uno stipite comune (ad esempio il padre o il nonno), non discendono l'una dall'altra (fratelli o cugini). Nella linea retta il grado di parentela si calcola contando le persone sino allo stipite comune, senza calcolare il capostipite. Nella linea collaterale i gradi si computano dalle generazioni, salendo da uno dei parenti sino allo stipite comune (da escludere) e da questo discendendo all'altro parente (cfr. artt. 74 e ss. C.C.).*
- (5) *Condizione per la fruizione dei permessi da parte di parenti o affini entro il terzo grado è che uno dei genitori o il coniuge della persona da assistere abbia compiuto i 65 anni di età o sia affetto da patologie invalidanti o sia deceduto o mancante, a prescindere dalla presenza di altri familiari che siano nelle condizioni di assisterlo; si precisa che:*
  - *sono riconducibili al concetto di mancanza, oltre le situazioni di assenza naturale e giuridica in senso stretto quale il celibato o lo stato di figlio naturale non riconosciuto, le 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;*
  - *sono patologie invalidanti le 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; le patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematocimici e strumentali; le patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario.*
- (6) *Allegare la relativa documentazione probatoria.*
- (7) *Indicare la causa di mancanza diversa da quelle sopra elencate (ad es. l'assenza ex art. 49 C.C.) ed allegare l'eventuale, relativa documentazione probatoria.*
- (8) *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.*