

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, già titolare dei permessi in epigrafe,
riconosciuti con provvedimento n. del, con la presente

FORMULA ISTANZA

di concessione dei permessi in oggetto, per finalità di assistenza ad ulteriore familiare portatore di handicap grave, 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 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 predetto disabile:
 - non è dipendente pubblico;
 - è dipendente pubblico presso con rapporto di lavoro a tempo determinato indeterminato;
- che il predetto disabile:
 - non è ricoverato a tempo pieno;

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

=====

dichiarazioni da rendere in caso di richiesta di permessi per assistenza al figlio

- che il predetto disabile è figlio del sottoscritto;
- 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 con precisione 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 predetto disabile fruisce, per assistenza al medesimo, dei permessi in oggetto o del congedo retribuito ex art. 42, comma 5, del d.lgs. 151/2001;

=====

dichiarazioni da rendere in caso di richiesta di permessi per assistenza a familiare diverso dal figlio

- 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 predetto disabile è rispetto al sottoscritto:
 - coniuge genitore suocero/a genero/nuora
 - 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 di 2° grado (4);

- (dichiarazione da rendere solo nell'ipotesi di parentela/affinità di 2° grado) che i genitori del suddetto disabile: (5)

(padre) nato il

a

è deceduto è di età superiore a 65 anni è affetto da patologia invalidante (6)

..... (7)

(madre) nata il

a

è deceduta è di età superiore a 65 anni è affetta da patologia invalidante (6)

..... (7)

- (dichiarazione da rendere solo nell'ipotesi di parentela/affinità di 2° grado) che il coniuge/civilmente unito/convivente del predetto disabile: (5)

..... nat... il

a

è deceduto è di età superiore a 65 anni è affetto da patologia invalidante (6)

è separato legalmente/divorziato/sciolto dall'unione civile (6)

..... (7)

=====

ALLEGA

- copia fotostatica del verbale della 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 - pec 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 per assistere un ulteriore parente o affine di 2° grado è che ambedue i genitori o il coniuge del portatore di handicap abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti; 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, in-*

fettiva, 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, ematochimici e strumentali; le patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario; in quest'ultimo caso allegare la documentazione probatoria di detta patologia.

(6) *Allegare la documentazione probatoria.*

(7) *Indicare la causa di mancanza ed allegare l'eventuale, relativa documentazione probatoria.*