

PRATICA DI ACCESSO AI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE

(Legge 104/1992 art.33 comma 3 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, matr. _____ (tel. _____), in servizio
presso il Dipartimento _____
nel settore scientifico-disciplinare _____
con la qualifica di _____,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere

il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ Via _____

portatore di handicap in situazione di gravità

RIVEDIBILE in data _____ ovvero, NON RIVEDIBILE;

A tal fine,

DICHIARA che:

1) con l'assistito/a è nella seguente relazione di parentela:

- Coniuge
- Genitore (anche adottivo)
- Figlio
- Fratello o sorella
- Affine di I grado (in qualità di _____)
- Affine di II grado (in qualità di _____)
- Affine di III grado (in qualità di _____)

• In caso di fruizione per il figlio, l'altro genitore:

Sig./Sig.ra _____

Codice fiscale _____

- non è dipendente;
- è dipendente presso: _____;
- è lavoratore autonomo;

• In caso di parentela/affinità di 3° grado con il soggetto in situazione di disabilità grave il beneficio può essere concesso nel caso in cui il disabile, nei confronti del quale occorre prestare assistenza, versi in una o più delle circostanze sotto elencate:

(barrare la/le casella/e che interessa/no)

- non è coniugato/a;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante;

- è coniugato ma in situazione di abbandono;
- è separato legalmente o divorziato;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

2) Il disabile è dipendente pubblico:

- SI (*indicare la sede di servizio*): _____
- NO;

3) Il disabile risiede in una località maggiore di 150 chilometri dalla propria residenza:

- SI

(in tal caso il lavoratore che assiste è obbligato a consegnare, per ogni domanda presentata, attestazione di viaggio come indicato dalla legge)

- NO;

4) nessun altro parente o affine entro il 3° grado beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

NUCLEO FAMILIARE DELL'ASSISTITO/A				
COGNOME e NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RAPPORTO DI PARENTELA	PROFESSIONE O DATORE DI LAVORO

5) è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

6) è 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 per l'effettiva tutela dei disabili;

7) il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3.12.2010 n. 155 (vale a dire nell'ipotesi in cui l'assistenza è richiesta dalla struttura sanitaria di ricovero, in tal caso, il richiedente è tenuto a presentare la documentazione della struttura sanitaria che richiede l'assistenza);

8) di essere consapevole che, producendo una certificazione dello specialista, dopo 90gg. dalla richiesta all'INPS, nel caso del non riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità da parte della Commissione medica di verifica, l'Amministrazione provvederà al recupero di quanto già usufruito a titolo di permessi ex legge n. 104/1992;

9) si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);



Direzione Risorse Umane – Sezione Personale Docente

U.O. Carriera Personale Docente Tel 080 5714309-4320-4278
 U.O. Ricercatori e Assegnisti Tel. 080 5714319 -4028 -4280
 fax 080571-4560 universitabari@pec.it

10) si impegna, nel caso in cui sia stato dichiarato "rivedibile" ed il certificato della Commissione medica sia prossimo a scadenza, a consegnare il nuovo certificato medico, a seguito di visita di controllo della Commissione Medica, da cui risulta il permanere dello stato di gravità dell'handicap;

Si allega:

(barrare la casella che interessa)

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, Legge n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella Legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992, in capo al soggetto che necessita assistenza;
- fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del dichiarante;
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare all'Amministrazione nel momento in cui è stato notificato all'interessato)
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge;
- nel caso di ricovero a tempo pieno, la documentazione della struttura sanitaria che richiede l'assistenza;
- nei casi previsti, il provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione;

Bari _____.

(firma)

Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. (art. 38 DPR 445/00).

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro al trattamento dei propri dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, per finalità strettamente connesse alla trattazione della presente domanda, conformemente all'informativa privacy pubblicata all'indirizzo <http://www.uniba.it/informativaprivacy>, a cui si rinvia.

(firma)

NB Il presente modulo dovrà pervenire alla U.O. Gestione documentale di questa Amministrazione -Palazzo Ateneo- anche tramite posta certificata all'indirizzo universitabari@pec.it.

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA DEL SOGGETTO DISABILE
NEL CASO DI INTERDIZIONE LA DICHIARAZIONE SARA' RESA DAL TUTORE**
(da non compilare qualora si richieda per assistere un minore)

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
Codice Fiscale _____
residente in _____
Via/Piazza _____ n _____ CAP _____,
consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno oppure di essere ricoverato e di necessitare di assistenza così come richiesta dalla struttura ospedaliera;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di essere con il/la richiedente nella seguente relazione di parentela: _____;
- di voler essere assistito solo e soltanto dal/ Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____;

Si allega:

- fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del dichiarante.

Luogo e data _____

(firma)

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro al trattamento dei propri dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, per finalità strettamente connesse alla trattazione della presente domanda, conformemente all'informativa privacy pubblicata all'indirizzo <http://www.uniba.it/informativaprivacy>, a cui si rinvia.

(firma)