



Al Direttore Generale  
Università degli Studi di Bari Aldo Moro  
Piazza Umberto I  
BARI

PRATICA DI ACCESSO AI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE  
(LEGGE 104/1992 ART.33 COMMA 3)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

alla via \_\_\_\_\_

in servizio presso (indicare la struttura di appartenenza) \_\_\_\_\_

con contratto di lavoro:

- Tempo indeterminato
- FullTime
- Partime: percentuale di Part-time: \_\_\_\_\_
  - Orizzontale
  - Verticale
  - Misto
- Tempo determinato

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 e s.m.i. secondo una delle seguenti modalità:

*(barrare la casella che interessa)*

- 3 giorni di permesso  
al mese  
ovvero
- 18 ore al mese

per poter assistere: il Sig./ra (nome disabile) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e

residente a \_\_\_\_\_, disabile in condizioni di gravità.

A tal fine, 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 rispetto all'assistito nella seguente relazione di parentela:**

- Coniuge
- Parte dell'unione civile
- Convivente di fatto
- Genitore
- Figlio
- Affine di Primo Grado (in qualità di \_\_\_\_\_)
- Parente o affine di Secondo Grado (in qualità di \_\_\_\_\_)
- Parente o Affine di Terzo Grado (in qualità di \_\_\_\_\_)

***Al Parente o Affine di Terzo Grado con il soggetto in situazione di disabilità grave potranno essere concessi i permessi soltanto nel caso in cui il coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto e i genitori, siano mancanti, deceduti, siano anch'essi disabili (condizione da certificare) e/o abbiano compiuto 65 anni.***

Pertanto, il parente o Affine di Terzo grado deve indicare le condizioni, tra quelle sottoelencate, in cui si trova il disabile:

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

- non è coniugato;
- non è parte dell'unione civile;
- non è convivente di fatto;
- è vedovo/a;
- la parte dell'unione civile è deceduta;
- il convivente di fatto è deceduto;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è parte di un'unione civile, ma l'altra parte ha compiuto 65 anni di età;
- è convivente di fatto, ma il proprio convivente ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (da certificare);
- è parte dell'unione civile, la l'altra parte è affetta da patologia invalidante (da certificare);
- 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;

1) Il disabile è dipendente pubblico:

- Sì in caso di risposta affermativa indicare la sede di servizio: \_\_\_\_\_
- No

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

- Sì:  
(Vistando il seguente indicatore, il lavoratore è obbligato a consegnare al protocollo riservato, per ogni domanda presentata, attestazione di viaggio, come indicato dalla legge.)
- No

3) I familiari del disabile sono i seguenti:

<b>PARENTI E AFFINI DELL'ASSISTITO: cognome e nome</b>					
	<b>COGNOME E NOME</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>LUOGO DI NASCITA</b>	<b>PROFESSIONE</b>	<b>DATORE DI LAVORO (riferimenti dettagliati)</b>
<b>GENITORE</b>					
<b>CONIUGE, PARTE DELL'UNIONE CIVILE, CONVIVENTE DI FATTO</b>					
<b>FIGLIO</b>					
<b>FIGLIO</b>					
<b>FIGLIO</b>					
<b>FRATELLO/SORELLA</b>					
<b>FRATELLO/SORELLA</b>					
<b>AFFINE DI PRIMO GRADO</b>					
<b>PARENTE DI SECONDO GRADO</b>					

Inserire in tabella, oltre ai genitori e al coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto, tutti i parenti e gli affini di primo e secondo grado. Dichiarare espressamente in caso di soggetto "mancante". Si ricorda che anche i dati riportati in tabella sono una dichiarazione passibile delle conseguenti sanzioni in caso di dichiarazione mendace.

4) che il disabile in condizioni di gravità sarà assistito dai seguenti soggetti per **3 giorni complessivi**:

-Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ (indicare il rapporto con il  
dichiarante disabile in condizione di gravità) professione \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
(indicare con precisione i riferimenti del datore di lavoro, ai fini degli accertamenti)

- Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ (indicare il rapporto con il  
dichiarante disabile in condizione di gravità) professione \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
(indicare con precisione i riferimenti del datore di lavoro, ai fini degli accertamenti)

- 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 dicembre 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 90 gg dalla richiesta all'INPS, nel caso di non riconoscimento della disabilità 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), e il rinnovo annuale previsto dalla normativa vigente. Il mancato rinnovo ad inizio di anno non consentirà la richiesta telematica dei permessi.

Si allega:

*(barrare la casella che interessa)*

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 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 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- 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 non appena disponibile).
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il

familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.

- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
  
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Si allega:

- fotocopia del codice fiscale del dichiarante,
- fotocopia documento riconoscimento del dichiarante.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA DEL SOGGETTO  
DISABILE(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- o di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- o di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- o di non essere ricoverato a tempo pieno;
- o di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per sè stesso;

ovvero

- o di non prestare attività lavorativa;
- o di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- o che sarà assistito dai seguenti soggetti **per 3 giorni complessivi**:

1) Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ (indicare il rapporto con il  
dichiarante disabile in condizione di gravità)

2) Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ (indicare il rapporto con il  
dichiarante disabile in condizione di gravità)

Si allegano:

- copia del documento di riconoscimento del disabile dichiarante tipo: \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.
- copia de codice fiscale.
- Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_