



Al Direttore Generale
Direzione Risorse Umane
Sezione personale contrattualizzato
U.O. Rilevazione e Monitoraggio
Orario di Lavoro

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

COGNOME e NOME _____
nato/a _____ il _____
codice fiscale _____ e
residente in _____ alla
via _____ in
servizio presso (indicare la struttura di appartenenza) _____ con
contratto di lavoro:

- Tempo indeterminato
- Full Time
- Lavoro su turni
- Part-time: percentuale di Part-time: _____
 - o Orizzontale
 - o Verticale
 - o Misto
- Tempo determinato

RINNOVA LA RICHIESTA

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 secondo una delle seguenti modalità:
(*barrare la casella che interessa*)

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

per poter assistere: (nome e cognome del disabile) _____
nato/a a _____ il _____ C.F. _____ e

residente a _____, disabile in condizioni di gravità, con cui è nella seguente situazione di parentela _____.

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 che:

- 1) restano **IMMUTATE** tutte le condizioni, già dichiarate nella pratica di accesso ai permessi assunta al prot. n. _____ del _____ in base alle quali sono stati concessi i benefici dell'art. 33 comma 3 della legge n. 104/1992.
- 2) 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);
- 3) si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue 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.
- 4) si impegna, nel caso in cui il disabile assistito 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.
- 5) Nessun o un altro (*barrare la voce di interesse*) parente o affine entro il 3° beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

(da compilare nel caso in cui nella domanda di accesso non siano stati già comunicati i dati sottoriportati)

NUCLEO FAMILIARE DELL'ASSISTITO			
COGNOME e NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	PROFESSIONE E DATORE DI LAVORO

Si allega:

(barrare la casella che interessa)

- richiesta di assistenza rilasciata dalla struttura sanitaria ove l'assistito è ricoverato.
- fotocopia del codice fiscale e del documento riconoscimento del dichiarante.

Data _____

Firma
