



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

ASP Cosenza
Direttore U.O.C Risorse Umane
Sede

e.p.c. Direttore _____

Sede

OGGETTO: Permessi art. 33 Legge 104/92 e s.m.i. per parenti e affini entro il 2° grado

Richiesta **Rinnovo**

Il/La sottoscritt _____ nat _____ il _____

a _____ C.F. _____ residente _____
in via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

telefono _____ indirizzo mail _____

domicilio (compilare se diverso dalla residenza):

via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

dipendente di questa Azienda, in servizio a tempo indeterminato a tempo determinato

con la qualifica di _____ presso:

- Presidio ospedaliero di _____
- U.O./U.O.C.di _____
- Distretto di _____

CHIEDE

Di essere autorizzato alla fruizione dei permessi mensili previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 e s.m.i. per l'assistenza al/alla proprio/a _____ (indicare il grado di parentela)

Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____

nato a _____ (Prov _____) il _____ C.F. _____

residente a _____ (Prov _____), in via _____ n _____;

domicilio via _____ n. _____

1

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito, ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese, oltre ad incorrere nelle sanzioni disciplinari previste dall'art. 55 quater c. 1 lett. a) e 55 quinquies, commi 1 e 2 del D.leg.vo 165/01, decadrà dal diritto ai benefici (art. 33 c.7 bis legge 104/92 introdotto dall'art. 24 della legge 183/2010)

Lo/La scrivente **dichiara** :

(contrassegnare o selezionare con il segno X la/le condizioni che danno diritto)

- Che il/la proprio/a _____, è stato giudicato soggetto portatore di handicap con connotazioni di gravità senza revisione;
- Che il/la proprio/a _____, è stato giudicato soggetto portatore di handicap con connotazioni di gravità fino al _____;
- Che il/la proprio/a parente in situazione di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno;
- Ovvero che è ricoverato a tempo pieno presso una struttura dove non è prevista assistenza sanitaria a tempo pieno;
- Che il/la proprio/a parente in situazione di handicap grave è dipendente della seguente Pubblica Amministrazione _____ oppure
- Il predetto portatore di handicap non svolge attività lavorativa;
- Il predetto portatore svolge attività lavorativa ma non usufruisce per se stesso dei permessi di cui all'art. 33 della suddetta Legge;
- Il predetto portatore svolge attività lavorativa, usufruisce per se stesso dei permessi ma necessita di assistenza da parte del sottoscritto (come da allegata valutazione INPS);
- Di prestare assistenza in modo continuativo al/alla proprio/a _____;
- Che nessun altro parente/affine usufruisce dei permessi in parola per assistenza al/alla proprio/a _____;
- Che la famiglia del disabile è composta dalle seguenti persone, che non possono garantire assistenza per le motivazioni riportate nelle allegate autocertificazioni:

(indicare nome, cognome, data e luogo di nascita, grado di parentela)

1	
2	
3	
4	

5	
---	--

non vi sono altri parenti o affini entro il 3° grado che usufruiscono per lo stesso motivo, da parte dei rispettivi datori di lavoro, delle agevolazioni di cui all'Art. 33 della Legge 104/92;

D I C H I A R A, inoltre:

- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del/la 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 dei disabili;
- di impegnarsi a comunicare ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- **di impegnarsi, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa, che, per la fruizione dei permessi, salvo dimostrate situazioni di urgenza, comunicherà al proprio dirigente le essenze dai servizi con congruo anticipo con riferimento all'arco temporale del mese e in ogni caso preventivamente e tempestivamente;**
- che i sottoelencati parenti/affini entro il secondo grado lavoratori non beneficiano dei permessi per assistere il disabile [allegare dichiarazione del datore di lavoro o autocertificazione del familiare specificando nome e cognome del datore di lavoro e relativi dati di riferimento quali indirizzo, tel., fax, e-mail... copia di documento d'identità di chi autocertifica; in caso di irreperibilità dei parenti/affini è ammessa l'autocertificazione del richiedente riportante i dati completi (cognome e nome del familiare, del datore di lavoro e relativi dati di riferimento quali indirizzo, tel., fax, e-mail...)]:

1	
2	
3	
4	
5	

Tabella sul grado di parentela/affinità:

Parentela		Affinità	
è il vincolo tra persone che discendono da uno stesso stipite		è il vincolo tra un coniuge e i parenti dell'altro coniuge	
Grado	Rapporto di parentela con il titolare	Grado	Rapporto di affinità
1	Padre e Madre; Figlio o Figlia	1	Suocero o Suocera del titolare; figlio o figlia del coniuge
2	Nonno o Nonna; Nipote (figlio del figlio o della figlia); Fratello o Sorella	2	Nonno o Nonna del Coniuge; nipote (figlio del figlio del coniuge); Cognato o Cognata
3	Bisnonno o Bisnonna; pronipote (figlia o figlio del nipote); Nipote (figlia o figlio del fratello o della sorella); Zio e Zia (fratello o sorella del padre o della madre)	3	Bisnonno o Bisnonna del coniuge; Pronipote (figlio del nipote del coniuge); Nipote (figlio del cognato o della cognata); Zio o Zia del coniuge

Allega:

1. documento di riconoscimento del dipendente richiedente i permessi;
2. documento di riconoscimento del soggetto portatore di handicap in situazione di gravità da assistere;
3. copia verbale accertamento handicap in situazione di gravità del disabile o, in caso di verbale scaduto, la documentazione INPS da cui si evinca la data di calendarizzazione della visita di revisione;
4. Eventuale dichiarazione del datore di lavoro o autocertificazione del familiare specificando nome e cognome del datore di lavoro e relativi dati di riferimento quali indirizzo, tel., fax, e-mail... copia di documento d'identità di chi autocertifica; in caso di irreperibilità dei parenti/affini è ammessa l'autocertificazione del richiedente riportante i dati completi (cognome e nome del familiare, del datore di lavoro e relativi dati di riferimento quali indirizzo, tel., fax, e-mail...)

Data,

Firma per esteso