

REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA

Assessorato Regionale delle Autonomie Locali e della Funzione Pubblica  
Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale  
SERVIZIO 1  
Coordinamento Gestione Giuridica del Personale Regionale in Servizio,  
Reclutamento del Personale, Ruolo Unico Dirigenza e Banche Dati  
Viale Regione Siciliana 2226 - 90135 PALERMO  
Tel. 091 7073357 - Fax 091 7073470

Prot. n. 91953.....

DEL 25 GIU. 2012

OGGETTO: Permessi ex art. 33, comma 3, legge 5 febbraio 1992, n.104 e s.m.i.. Collocamento a riposo ex art. 39 della l.r. 15 maggio 2000, n. 10. Parere dell' Ufficio Legislativo e Legale n. 36165/158.11.11 del 22/11/2011.

Ai Servizi di Gestione Giuridica ed  
Economica del Personale  
c/o Assessorati Regionali  
LORO SEDI

Ai Dirigenti Generali  
dei Dipartimenti Regionali  
LORO SEDI

Agli Uffici di Diretta Collaborazione  
del Presidente e degli Assessori  
LORO SEDI

Agli Uffici alle dirette dipendenze  
del Presidente  
LORO SEDI

Al Fondo Pensioni Sicilia  
SEDE

Agli Uffici Speciali  
LORO SEDI

Agli Enti regionali  
- ARAN  
- A.R.P.A  
- E.R.S.U.(PA-CT-ME-EN)  
LORO SEDI

P.C. All' Area Affari Generali  
del Dipartimento  
SEDE

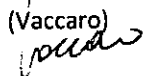
All'Assessore delle Autonomie Locali  
e della Funzione Pubblica  
- Gabinetto  
- Segreteria Tecnica  
- S.P.V.S.  
SEDE

Con parere n. 36165/158.11.11 del 22/11/2011 l'Ufficio Legislativo e Legale della Presidenza della Regione ha espresso l'avviso che i permessi mensili retribuiti di cui all'art. 33, comma 3, della legge 104/92 non possano essere concessi al dipendente familiare di disabile grave per il quali altro dipendente è stato già collocato in quiescenza ai sensi dell'art. 39 della L.R. 10/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

Nel trasmettere copia del suddetto parere si invitano i Servizi del Personale in indirizzo ad attenersi alle indicazioni ivi contenute.

A tal fine si allega il modello di istanza già trasmesso con la circolare n.194963 del 21/12/2010 opportunamente integrato nella parte relativa alle dichiarazioni rese dal dipendente in conformità all'avviso come sopra espresso dall' Ufficio Legislativo e Legale.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

(Vaccaro)  


IL DIRIGENTE GENERALE

(Bologna)  


Assessorato delle Autonomie Locali e della Funzione  
Pubblica  
Dipartimento della Funzione Pubblica e del Personale  
SERVIZIO \_\_\_\_\_ GESTIONE GIURIDICA ED ECONOMICA  
DEL PERSONALE IN SERVIZIO

\_\_\_\_\_

**PALERMO**

**DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP  
GRAVE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_ con contratto a tempo:

- determinato                       indeterminato  
 tempo parziale                       tempo pieno

in servizio presso \_\_\_\_\_

sede di lavoro \_\_\_\_\_ recapito telefonico: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92 : \_\_\_\_\_ (1)  
nelle giornate che saranno indicate in tempo utile all'ufficio di appartenenza

- in quanto affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge  
104/92
- per \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ figli \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ c.f.  
\_\_\_\_\_
- in quanto parente o affine

**A TAL FINE DICHIARA**

- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso istituto specializzato (2)
- che l'altro genitore (in caso di richiesta del genitore per il figlio) :

a) è lavoratore dipendente presso \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. di tel.  
\_\_\_\_\_ e che fruisce dei permessi L.104/92 si  no

b) svolge lavoro autonomo

c) non svolge attività lavorativa

- che nessun altro familiare fruisce dei permessi per la stessa persona con disabilità grave
- che per lo stesso portatore di handicap nessun familiare ha usufruito del collocamento in  
quiescenza ai sensi dell'art. 39 comma 1 della L.R. 10/200 e successive modifiche ed integrazioni
- che il rapporto di parentela o affinità con il portatore di handicap è il seguente :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- che il genitore o il coniuge (in caso di richiesta del parente o affine di terzo grado) del portatore di  
handicap si trova nelle condizioni di assenza, età anagrafica o patologia previste dall'art. 33, comma  
3, della l. 104/92.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- di essere consapevole che 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 per la Legge 104/92 (3).
- di essere l'unico referente della gestione dell'assistenza al portatore di handicap.

In caso di adozione/affidamento:

Provvedimento di adozione /affidamento n. \_\_\_\_\_ rilasciato dal tribunale di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

#### ALLEGA

- certificato della competente struttura sanitaria (o eventuale certificazione provvisoria) che attesta la presenza di una condizione di handicap grave di cui al comma 3 dell'art. 3 della Legge 104/92.
- Altra documentazione:

---



---



---

**Il/la sottoscritto/a è consapevole che:**

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

**Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'evento:**

- l'eventuale ricovero a tempo pieno o decesso del soggetto in condizioni di handicap grave;
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della competente Commissione sanitaria;
- la fruizione dei permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap, da parte di altri familiari.

**Il/la sottoscritto/a si impegna, nel caso presenti la domanda essendo in possesso solo della certificazione provvisoria, a trasmettere il verbale definitivo della competente Commissione sanitaria.**

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_(4)

(1) Specificare la tipologia di permesso

(2) I permessi, anche in caso di ricovero, possono essere concessi nei casi di : interruzione del ricovero per recarsi al di fuori della struttura che ospita il disabile per effettuare visite e terapie appositamente certificate; ricovero a tempo pieno di un disabile in situazione di gravità in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine; ricovero a tempo pieno di un minore con disabilità in situazione di gravità per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

(3) Per il caso si presenti la domanda essendo in possesso solo del verbale rilasciato dalla Commissione Medica ASL in attesa di quello definitivo approvato dalla Commissione Medica di Verifica

(4) Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.

(Spazio riservato all'autentica della firma)

Ai sensi dell'art. 21, comma 2, D.P.R. 445/2000 attesto che la sottoscrizione della dichiarazione sopra riportata è stata apposta in mia presenza dal dichiarante Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ identificato con \_\_\_\_\_  
 n. \_\_\_\_\_ rilasciato/a il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ e preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 445/2000).

\_\_\_\_\_

L'incaricato \_\_\_\_\_

## DATI E DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ'

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Dichiara

- di essere figlio o affidato del richiedente
- di essere in condizione di disabilità grave accertata dalla competente Commissione Sanitaria di \_\_\_\_\_
- di non essere ricoverato a tempo pieno e di essere assistito dal/dalla sig. / sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia del documento di identità

Dichiarazione del disabile che non sa o non può firmare

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante identificato mediante (estremi del documento di riconoscimento) \_\_\_\_\_ che ha altresì dichiarato

che non sa firmare

che non può firmare a causa di impedimento temporaneo

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La dichiarazione è accolta da un pubblico ufficiale o da un funzionario dell'Amministrazione regionale che deve accertare l'identità del dichiarante

Se il disabile è impossibilitato a firmare ed è soggetto a tutela, curatela o amministrazione di sostegno la dichiarazione deve essere sottoscritta rispettivamente dal tutore o dall'interessato con l'assistenza del curatore o dall'amministratore di sostegno. In questi casi occorre allegare copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno

### DICHIARAZIONE DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

Il/La sottoscritto/a consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali per il caso di dichiarazioni false, dichiara che la competente Commissione sanitaria non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap grave della persona per la quale vengono richiesti i permessi e che la certificazione presentata non ha subito modifiche e non è scaduta.

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L'Ufficio provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.