

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 _____ l' _____ 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 sì / 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 _____