

SPETT.LE
Azienda U.L.S.S. n. 7
Servizio Personale
31053 PIEVE DI SOLIGO (TV)

**Oggetto: Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modificazioni ed integrazioni.
Richiesta benefici assistenza portatori di handicap.**

Il/La sottoscritto/a _____, nato il
_____ a _____, residente a
_____ Via _____ in servizio presso
_____,
con rapporto di lavoro: a tempo pieno a part-time _____.

CHIEDE

di poter usufruire, per il periodo dal _____ al _____;
dei seguenti benefici di cui alla legge richiamata in oggetto, come di seguito specificato, in qualità di:

LAVORATORE PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA':

() n. _____ ore di permesso giornaliero retribuito (max 2 ore);

o in alternativa

() n. _____ giorni di permesso mensile retribuito (max 3 giorni), fruibili anche in maniera continuativa.

GENITORI/ AFFIDATARI PARENTI OD AFFINI DI PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' FINO A TRE ANNI:

Nome del figlio/a, anche adottivo/a _____

nato/a a _____, il _____;

() il prolungamento fino a tre anni del periodo di astensione facoltativa dal lavoro;

oppure

() n. _____ ore di permesso giornaliero retribuito (max 2 ore) fino al compimento del terzo anno di vita del bambino;

() n. _____ giorni di permesso mensile retribuito (max tre giorni), fruibili anche in maniera continuativa;

Documento approvato da: _____

Responsabile del Servizio Personale

Versione 2 del 02/2011 Codice aziendale: R013_01_GE41 Pagine 1/4

- GENITORI/AFFIDATARI DI FIGLI SUPERIORI A 3 ANNI ,CONIUGE, PARENTE O AFFINI ENTRO IL SECONDO/TERZO GRADO PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' :*

Nome del familiare o affine _____

nato/a a _____, il _____,

parentela o affinità _____;

- () n. _____ giorni di permesso mensile retribuito (max tre giorni), fruibili anche ad ore, in maniera continuativa;

A tale scopo dichiara

- Che il portatore di handicap non è lavoratore dipendente;
- Che il portatore di handicap lavora presso _____
_____ ed usufruisce dei permessi
- Con riduzione oraria giornaliera tre giornate mensili
- Di essere consapevole che in caso di provvedimento definitivo negativo, è tenuto/a alla restituzione di quanto fruito;**

Allega:

- accertamento della Commissione medica dell'ULSS n. _____ di _____ in data _____ sullo stato di gravità;
- certificazione medico legale per patologia;
- dichiarazione di responsabilità;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in merito al non ricovero a tempo pieno presso istituti specializzati della persona con handicap – identificazione del datore di lavoro dei parenti ed affini lavoratori dipendenti;

Data _____

Firma del/della Richiedente

P.S. La presente domanda ha scadenza annuale.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/La sottoscritto/a _____, come sopra identificato, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le Amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione (D.P.R. n. 445/2000).

SI IMPEGNA:

- ◆ a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni della domanda presentata, in particolare:
 - l'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati
 - la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ULSS;
- ◆ a comunicare, salvo dimostrate situazioni di urgenza, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese le giornate di fruizione del permesso al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa .

DICHIARA

- ◆ che presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- ◆ che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del 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;
- ◆ che 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;

Manifesta il proprio consenso, ai sensi degli artt. 10 e 11 della Legge 5 dicembre 1996, n. 675, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali per le finalità di cui alla presente istanza e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente normativa nella consapevolezza che il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini della valutazione della presente domanda.

Data _____

Firma del/della Richiedente

Firma dell'altro genitore o affidatario (1)

(1) La firma del secondo genitore, che lo impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave **alternativamente** con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori. In tal caso indicare di seguito i dati del datore di lavoro:

Denominazione Ditta _____

Indirizzo e Località _____

Documento approvato da:

Responsabile del Servizio Personale

Versione 2 del 02/2011 Codice aziendale: R013_01_GE41 Pagina 3/4

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 2 D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403; Art. 4 legge 4 gennaio 1968, n. 15, art. 3 legge 15 maggio 1997, n. 127)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____, consapevole delle sanzioni penali che la legge commina per la dichiarazione mendace e per l'esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità (art.76 D.P.R. 445/2000), sotto la sua personale responsabilità

D I C H I A R A

- Che il disabile per il quale viene presentata la domanda non risulta ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati (Legge 53/2000)
- Di essere l'unico lavoratore dipendente a fruire dei permessi per la persona con disabilità in situazione di gravità sopra citato;
- che i seguenti parenti ed affini entro il secondo/terzo grado, lavoratori dipendenti, prestano attività presso:

cognome e nome	Rapporto di parentela/affinità	Datore di Lavoro/Sede

_____, li _____

IL DICHIARANTE

Allega fotocopia documento di identità in corso di validità

Documento approvato da:
Responsabile del Servizio Personale