


**Amministrazione destinataria**

Provincia di Rieti

**Ufficio destinatario**

Settore I

**Domanda di autorizzazione a poter usufruire dei permessi retribuiti**
*Ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104*
**Dati del richiedente**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**
*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

 **dati relativi al soggetto portatore di handicap**
*(da compilare solo se diverso dal richiedente)*

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Rapporto di parentela con il richiedente**


- ricoverato a tempo pieno  
 non ricoverato a tempo pieno

- convivente  
 non convivente

- dipendente non pubblico  
 dipendente pubblico

- con rapporto di lavoro a tempo pieno
- con rapporto di lavoro part time
  - verticale
  - orizzontale
  - misto

**Percentuale**

**Giorni lavorativi**

- 5 giorni a settimana
- 6 giorni a settimana

### **in servizio presso**

**Profilo professionale**

**Area di inquadramento**

**Presso il settore**

**Servizio**

### **CHIEDE**

l'autorizzazione a poter usufruire dei permessi retribuiti nel limite massimo mensile consentito dalla norma richiamata, nelle seguenti modalità

- 3 giorni di permesso mensile

**Specificare**

- ore di permesso mensili

**Specificare**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

**componente n. 1**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Rapporto di parentela</b>			
<input type="text"/>			
<b>Professione</b>			
<input type="text"/>			

**componente n. 2**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Rapporto di parentela</b>			
<input type="text"/>			
<b>Professione</b>			
<input type="text"/>			

**componente n. 3**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Rapporto di parentela</b>			
<input type="text"/>			
<b>Professione</b>			
<input type="text"/>			

**componente n. 4**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			
Professione			
<input type="text"/>			

**componente n. 5**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			
Professione			
<input type="text"/>			

**componente n. 6**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			
Professione			
<input type="text"/>			

**componente n. 7**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			
Professione			
<input type="text"/>			

**componente n. 8**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Rapporto di parentela</b>			
<input type="text"/>			
<b>Professione</b>			
<input type="text"/>			

- 1.1 - lo stato di handicap "in situazione di gravità" ai sensi dell'art.3 comma 3, della Legge 104/92 e successive modifiche e integrazioni, rilasciato dalla commissione competente
- 1.2 - lo stato di handicap ai sensi dell'art 3 comma 1, della Legge 104/92, rilasciato dalla commissione competente

2 - che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno nelle strutture sanitarie dipendenti da ASL

3 - che il giudizio della commissione competente è rivedibile

<b>Anno</b>	<b>Entro il mese</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DICHIARA INOLTRE**

- A - dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio di responsabilità rilasciata dal dipendente, sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla, con relativa annotazione, oppure accompagnata da fotocopia di un documento di identità, secondo la vigente normativa, (firmata in originale) e impegno a comunicare entro 15 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni di notizie o delle situazioni accertate d'ufficio al momento della richiesta o contenute in dichiarazioni sostitutive prodotte dallo stesso
- B - dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio di non ricoverabilità a tempo pieno del soggetto disabile rilasciata dal dipendente, sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla, con relativa annotazione, oppure accompagnata da fotocopia di un documento di identità, secondo la vigente normativa
- C.1 - dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, rilasciata dal soggetto disabile maggiorenne, sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla, con relativa annotazione, e riportante la dichiarazione di gradimento dell'assistenza da parte del richiedente
- C.2 - dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio accompagnata da fotocopia di un documento d'identità del disabile maggiorenne, secondo la vigente normativa, dalla quale si evince il gradimento dell'assistenza da parte del richiedente
- D - dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio del dipendente richiedente con cui si impegna a fornire tempestive notizie all'Amministrazione, in ordine ad eventuali modifiche dello stato di famiglia relativamente al venir meno dell'assistenza al disabile
- E - dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio del dipendente richiedente dalla quale si evince il rapporto di parentela con il disabile, sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla, con relativa annotazione, oppure accompagnata da fotocopia di un documento di identità, secondo la vigente normativa
- F - (solo per i dipendenti che risiedono lontani dalla residenza della persona disabile da assistere) Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio del dipendente richiedente dalla quale si evince "l'attualità" dell'assistenza al disabile, pur se con la difficoltà che la lontananza della sede di servizio comporta e compatibilmente con il servizio svolto

- G - dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio del dipendente richiedente dalla quale si evincono i parenti, fra quelli aventi titolo a chiedere i benefici della Legge 104/92, che usufruiscono di permessi retribuiti per l'assistenza al soggetto disabile
- H - Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio del dipendente richiedente (in caso di non convivenza con la persona da assistere) di assistenza con continuità e in via esclusiva del disabile (secondo le indicazioni dell'UPPA, parere n. 8474 del 18/02/2008)
- I – (Per i soli richiedenti che usufruiscono dei benefici della Legge 104/92 per altre persone disabili) Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio del dipendente dalla quale si evinca la contemporanea presenza dei requisiti richiesti ai fini del riconoscimento del cumulo dei permessi per assistenza disgiunta, sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla, con relativa annotazione, oppure accompagnata da fotocopia di un documento di identità, secondo la vigente normativa

## **DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

### **DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ**

- dichiara che le notizie fornite con la presente istanza 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. Si impegna a comunicare entro 15 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni di notizie o delle situazioni accertate d'ufficio al momento della richiesta o contenute in dichiarazioni sostitutive prodotte dallo stesso

### **DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA NON RICOVERABILITÀ A TEMPO PIENO DEL SOGGETTO DISABILE**

- consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, dichiara che il soggetto disabile al quale assicurerà l'assistenza non è ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie dipendenti da A.S.L.

### **DICHIARAZIONE RILASCIATA DAL DISABILE MAGGIORENNE**

- dichiara il proprio gradimento circa l'assistenza che il/la richiedente dei benefici vorrà assicurargli/le a causa delle ridotte capacità procurate dalla disabilità in essere

### **DICHIARAZIONE DI IMPEGNO A COMUNICARE VARIAZIONI**

- dichiara che comunicherà con tempestività ogni eventuale modifica interessante la concessione dei benefici richiesti ai sensi della Legge 104/92

### **DICHIARAZIONE DEL RAPPORTO DI PARENTELA CON IL DISABILE**

- dichiara che con il disabile si ha il seguente rapporto di parentela

Rapporto di parentela

### **DICHIARAZIONE SULL'“ATTUALITÀ” DELL'ASSISTENZA AL DISABILE**

- dichiara “l'attualità” dell'assistenza al disabile, pur se con la difficoltà che la lontananza della sede di servizio comporta e compatibilmente con il servizio svolto

## DICHIARAZIONE CHE ALTRO FAMILIARE USUFRUISCE DEI BENEFICI DELLA LEGGE 104/92 PER IL SOGGETTO DISABILE

- che nessun altro componente il nucleo familiare o parente del soggetto disabile interessato alla presente istanza ha in godimento i benefici di cui alla Legge 104/92
- che i seguenti altri componenti il nucleo familiare o parenti del soggetto disabile interessato alla presente istanza hanno in godimento i benefici di cui alla Legge 104/92

familiare

Cognome	Nome	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rapporto di parentela con il disabile

Attività lavorativa

Datore di lavoro	Partita IVA o codice fiscale	Sede legale	Numero di telefono	Indirizzo di posta elettronica ordinaria o certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ulteriore familiare

Cognome	Nome	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rapporto di parentela con il disabile

Attività lavorativa

Datore di lavoro	Partita IVA o codice fiscale	Sede legale	Numero di telefono	Indirizzo di posta elettronica ordinaria o certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ulteriore familiare

Cognome	Nome	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rapporto di parentela con il disabile

Attività lavorativa

Datore di lavoro	Partita IVA o codice fiscale	Sede legale	Numero di telefono	Indirizzo di posta elettronica ordinaria o certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## DICHIARAZIONE IN CASO DI NON CONVIVENZA CON LA PERSONA DA ASSISTERE

dichiara di assistere in via continuativa ed esclusiva il proprio familiare

Nome familiare

## DICHIARAZIONE IN CASO DI ASSISTENZA DISGIUNTA

(Per i soli richiedenti che usufruiscono dei benefici della legge 104/92 per altre persone disabili)

dichiara di usufruire dei medesimi benefici per i sotto elencati soggetti disabili:

Cognome e nome	Codice fiscale	Rapporto di parentela con il richiedente	Provvedimento di concessione

dichiara che ricorrono contemporaneamente i seguenti requisiti, al fine del riconoscimento del cumulo dei permessi per assistenza disgiunta:

- il richiedente non è un grado, per la natura dell'handicap, di fornire l'assistenza fruendo di soli 3 giorni di permesso
- nessun'altra persona può prestare assistenza all'altro o agli altri soggetti handicappati
- il soggetto per il quale si richiede il permesso non svolge attività lavorativa e quindi non ha diritto ad usufruire a sua volta di permesso in qualità di lavoratori portatori di handicap.

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.