



Comune di Gravina di Catania

Al Servizio del Personale

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____
profilo professionale _____ categoria _____
in servizio presso _____ con rapporto di lavoro a tempo
indeterminato/determinato, in regime di tempo pieno/part-time (*) _____

C H I E D E

Di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 ad ore a giorni per poter assistere:

Cognome e nome _____ **rapporto di parentela** _____

C.F. _____ **residente a** _____

Data di nascita _____ **Comune di nascita** _____ **Provincia** _____

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. _____

(Se superiore a 150 Km. dimostrare l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

A tal fine, **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia**, dichiara che:

- Il disabile è in vita;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min Funz Pubblica n. 13/2010);
- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile (requisito non richiesto per Legge solo per l'assistenza prestata dai genitori ai figli);
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del



riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Dichiarazioni dell'altro genitore (per assistenza ai figli minori): Cognome e

Nome _____ C.F. _____ non dipendente oppure

dipendente presso _____ beneficia dei

permessi giornalieri per lo stesso figlio/a con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel limite

massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

Solo per dare assistenza a familiari di 3°: il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- ° non è coniugato/a;
- ° è vedovo/a;
- ° è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- ° è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- ° è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato
- ° è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ° ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ° ha uno o entrambe i genitori con più di 65 anni di età;
- ° ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

Si allega:

copia certificato ASL competente, attestante lo stato di “disabilità grave” in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica), autodichiarazioni a supporto del ruolo di Referente Unico; ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti)

Firma del richiedente

Per presa visione:

Il responsabile della struttura di assegnazione

Firma del Responsabile

(*) In caso di rapporto di lavoro part-time specificare tipologia.

A tal fine dichiara che quanto sopra affermando risponde al vero ai sensi del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n.445 artt.46/47/76) e si riserva di produrre idonea documentazione giustificativa al termine del periodo di fruizione del permesso

Data _____

Il/ La dipendente



Comune di Gravina di Catania

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

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente al fine della concessione dei permessi richiesti e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. Il titolare del trattamento dei dati è il/la Responsabile del servizio personale. I dati verranno comunicati ad altri soggetti pubblici solo nei casi previsti dalla normativa