



ALL. B

**Modulo Richiesta Rinnovo - Anno 2017 - per concessione permessi Legge 104/92
per assistenza ad un familiare disabile**

**Al Direttore Generale
A.O. per l'Emergenza "Cannizzaro"**

Catania

OGGETTO: Richiesta Rinnovo per l'Anno 2017 di ammissione alla fruizione dei benefici per l'assistenza ad un familiare in condizione di disabilità grave, ai sensi della L. 104/92 (art. 33) e del D.Lgs. 151/2001 (art. 33 e art. 42, commi 1 e 2).

Il/la sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____ nato/a
_____ prov. _____ il _____ matricola n. _____ residente a
_____ prov. _____ via _____ n° _____
dipendente in qualità di _____
U.O. _____

con rapporto di lavoro a:

- tempo indeterminato tempo determinato fino al _____
 tempo pieno tempo parziale (specificare se: orizzontale verticale (n° h sett. ____))

Già autorizzato nel 2016, con provvedimento amministrativo, a fruire dei permessi in oggetto

CHIEDE

di continuare a usufruire dei permessi mensili e delle agevolazioni previste dalla normativa in oggetto, in quanto sussistono le medesime condizioni autorizzate con il citato provvedimento amministrativo, per:

Genitore, anche adottivo, con figlio in situazione di disabilità grave:

In particolare, chiedo di fruire del seguente beneficio: (nota: **optare per uno dei benefici indicati**)

- 3 giorni di permesso mensili
(nota: il diritto a fruire dei permessi giornalieri può essere esercitato dalla data di riconoscimento della situazione di disabilità grave);
- 2 ore di permesso al giorno (1h se l'orario di lavoro è inferiore a 6 ore)
(nota: le due ore di permesso giornaliero retribuito possono essere chieste solo a partire dalla conclusione del periodo di normale congedo parentale teoricamente fruibile dal genitore richiedente e fino ai tre anni di età del figlio);
- prolungamento del congedo parentale, per il seguente periodo: _____
(nota: il prolungamento del congedo parentale può essere chiesto solo a partire dalla conclusione del periodo di normale congedo parentale, teoricamente fruibile dal genitore richiedente e fino al compimento degli otto anni di età del figlio);

Coniuge, parente o affine entro il secondo grado di persona con disabilità grave

Parente o affine di terzo grado di persona con disabilità grave

A TAL FINE RILASCIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'

Concernente fatti, stati, o qualità a diretta conoscenza dell'interessato
(Art. 47 DPR 28/12/2000 n.445)

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, consapevole che, ai sensi dell'art. 33, comma 7-bis della legge n. 104/1992, fermo restando la verifica dei presupposti per l'accertamento della responsabilità disciplinare, il lavoratore decade dai diritti di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992, qualora il datore di lavoro accerti l'insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei medesimi diritti, sotto la propria personale responsabilità.

Consapevole, inoltre, del fatto che l'A.O. per l'Emergenza "Cannizzaro" di Catania potrà operare, in sede di istruttoria della presente richiesta, dei controlli diretti a verificare la sussistenza del diritto a fruire delle agevolazioni in esame e che potranno, inoltre, essere attivati controlli a campione, a cura dell'Ufficio preposto, sul contenuto delle dichiarazioni sostitutive di certificazione presentate dai dipendenti

DICHIARA

DATI DEL DISABILE DA ASSISTERE: (dati necessari anche per adempiere al debito informativo di cui all'art. 24, commi 4 e 5, della legge n. 183/2010)

- Cognome: _____ Nome: _____
- Sesso: Maschio Femmina
- Luogo di nascita: _____

- Nazione: _____

- Provincia: _____ Comune: _____

- Data di Nascita: _____ Codice Fiscale: _____
- Residenza: Provincia: _____ Comune: _____ Via: _____
- Tipo disabilità: Non Rivedibile Rivedibile: Anno e Mese di Revisione _____
- Parentela:

Genitore Coniuge Figlio Parente o affine fino al II Grado: _____ (specificare)

Parente o affine di III Grado (solo in questa ipotesi compilare la parte che segue)

Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di III grado (specificare rapporto di parentela: _____):

o non è coniugato

o è vedovo/a

o è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età

o è coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (da documentare)

o è separato legalmente o divorziato (da documentare)

o è coniugato ma in situazione di abbandono

o ha uno o entrambi i genitori deceduti

o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età

o ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (da documentare)

- L'assistito è dipendente pubblico: SI NO

se dipendente pubblico indicare:

tipo rapporto/contratto: Tempo indeterminato Tempo determinato

Amministrazione in cui presta servizio: _____

Parte da compilare (in aggiunta a quella precedente) se il disabile assistito è il proprio figlio:

- se l'assistito è un figlio indicare se:

- è minore di tre anni: SI NO

- la fruizione è alternativa con l'altro genitore: SI NO in caso di risposta affermativa indicare i dati del coniuge: _____ nato/a nel Comune di _____ (____),
il _____

- l'altro genitore è dipendente pubblico: SI NO

se sì: presso quale Amministrazione presta servizio: _____

DICHIARA

che sussistono tutte le condizioni ed i presupposti per la legittima fruizione dei benefici richiesti, di seguito elencate (non occorre indicarle, poiché la sottoscrizione del modulo equivale a implicita dichiarazione di esistenza delle condizioni elencate):

- di essere stato scelto dal familiare disabile quale referente unico per l'attività di assistenza (nota bene: nel caso di assistenza al figlio disabile, le agevolazioni in esame possono essere fruite da entrambi i genitori, alternativamente) e di assumere il ruolo, e la connessa responsabilità, di punto di riferimento della gestione generale dell'intervento assistenziale, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della sua rispondenza ai bisogni del disabile assistito;
- che, essendo io il referente unico per l'attività di assistenza al soggetto disabile, nessun altro familiare è stato ammesso dal proprio datore di lavoro (pubblico o privato) alla fruizione delle agevolazioni previste dalla legge n. 104/1992 e del congedo straordinario di cui all'art. 42, comma 5, del D.lgs. n. 151/2001;
- di prestare effettivamente attività di assistenza nei confronti della persona disabile per cui è richiesto il beneficio in oggetto;
- che il familiare disabile assistito non è ricoverato a tempo pieno;
- di essere 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;
- di essere 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 sopporta solo per l'effettiva tutela del disabile;
- che la copia della documentazione relativa alla gravità dell'handicap è conforme all'originale;

Dichiaro, infine, che vi sono i seguenti altri familiari della persona disabile assistita, che potrebbero fruire dei benefici in esame in quanto parenti od affini entro il 2° grado, titolari di un contratto di lavoro subordinato, con datore di lavoro privato o pubblico:

(in questa ipotesi va compilata la sezione che segue, per ciascun familiare lavoratore dipendente:

(N.B.: la mancata compilazione di questa sezione equivale a dichiarazione di assenza di altri familiari legittimati, in alternativa al richiedente, alla fruizione dei permessi):

Nome _____ **Cognome** _____ **Data di nascita** _____
Luogo di nascita _____ **Comune di residenza** _____ **Indirizzo** _____
Datore di lavoro: _____ **Indirizzo:** _____ **Telefono** _____

Nome _____ **Cognome** _____ **Data di nascita** _____
Luogo di nascita _____ **Comune di residenza** _____ **Indirizzo** _____
Datore di lavoro: _____ **Indirizzo:** _____ **Telefono** _____

Nome _____ **Cognome** _____ **Data di nascita** _____
Luogo di nascita _____ **Comune di residenza** _____ **Indirizzo** _____
Datore di lavoro: _____ **Indirizzo:** _____ **Telefono** _____

Nome _____ **Cognome** _____ **Data di nascita** _____
Luogo di nascita _____ **Comune di residenza** _____ **Indirizzo** _____
Datore di lavoro: _____ **Indirizzo:** _____ **Telefono** _____

Nome _____ **Cognome** _____ **Data di nascita** _____
Luogo di nascita _____ **Comune di residenza** _____ **Indirizzo** _____
Datore di lavoro: _____ **Indirizzo:** _____ **Telefono** _____

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni. A titolo di esempio, tra le situazioni che possono dar luogo alla decadenza o alla sospensione del diritto a fruire delle agevolazioni, si menzionano:

- il venir meno della situazione di handicap grave a seguito della visita di revisione;
- il decesso della persona in situazione di handicap grave;
- la circostanza che un altro familiare del disabile assistito sia ammesso dal proprio datore di lavoro a fruire dei permessi mensili o del congedo straordinario;
- di impegnarsi, inoltre, a comunicare ogni variazione circa i dati precedentemente comunicati in relazione al familiare assistito (ad esempio: i dati relativi alla residenza anagrafica, i dati relativi all'eventuale rapporto di lavoro con una Pubblica Amministrazione).

SI ALLEGA: Copia del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, della Legge n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009, attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.

Allego inoltre, nei casi previsti (relativi all'ipotesi di assistenza di parente/affine di terzo grado):
la documentazione sanitaria attestante la patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato.

IL DICHIARANTE

_____, li _____

Allegare fotocopia del proprio documento di identità.

Indicare il proprio recapito telefonico e l'indirizzo di posta elettronica, al quale l'Ufficio potrà inviare eventuali richieste di informazione o di integrazione in merito alla pratica:

Tel: _____ E-mail: _____

Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili del dipendente ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003

Si informa che i dati personali e sensibili che Lei riguardano e da Lei forniti saranno trattati dall'Azienda mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il trattamento dei dati è effettuato per adempiere alle finalità previste dagli istituti che disciplinano il rapporto di lavoro, così come regolamentati da leggi, contratti e accordi di lavoro. Tale trattamento non necessita del consenso in quanto è conseguente agli obblighi derivanti dal rapporto di lavoro. In caso di rifiuto al conferimento dei dati indicati l'ufficio potrebbe essere impossibilitato a gestire l'istituto richiesto.