



ASSB-BSB

Azienda Servizi Sociali di Bolzano
Betrieb für Sozialdienste Bozen

All'Ufficio gestione personale – **settore giuridico**
Piazza Anita Pichler, 12 – 39100 Bolzano

Domanda di fruizione PERMESSI L. n. 104/92, art. 33
– **Legge quadro per l'assistenza alle persone portatrici di handicap in situazione di gravità - -**
(agevolazioni in favore del lavoratore/trice per la cura di familiari disabili con handicap riconosciuto dalla Commissione medica A.S.L.)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Tutte le dichiarazioni sono rese ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000

Il/La sottoscritto/a

nato/a il a

residente a via n.

in servizio presso

(indicare propria struttura/Ufficio)

in qualità di

(indicare proprio profilo professionale)

a tempo pieno

a tempo parziale ----- (indicare percentuale part-time)

orizzontale

verticale

misto

C H I E D E

di fruire delle agevolazioni previste dall'art. 33, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modifiche e integrazioni pari a:

3 giorni mensili

OPPURE (compatibilmente con le esigenze di servizio, previo visto del dirigente preposto)

19 ore mensili (su base 6 gg. sett.li)-da riproporzionare in caso di part-time

22,48 ore mensili (su base 5 gg./sett.li)-da riproporzionare in caso di part-time

limitatamente a questa tipologia di fruizione il dirigente preposto esprime:

parer favorevole

parere NON favorevole

per poter assistere

il/la sig./ra

nato/a il a

residente a via n.

C. F. dell'assistito/a

con il quale è nella seguente condizione di parentela:

Consapevole che la falsità è punita ai sensi del Codi Penale e delle leggi speciali in materia così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, e che qualora dai controlli emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere

il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità:

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di disabilità grave;

che l'altro genitore *(da compilare solo in caso di assistenza richiesta per il figlio disabile)*:

sig./ra

C.F.:

non dipendente /dipendente presso

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente con il/la sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra genitori;

che il soggetto in condizione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3°:

- è vedovo/a;
- non è coniugato;
- è coniugato, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante;
- è coniugato, ma in una situazione di abbandono *(allegare documentazione comprovante)*;
- è coniugato;
- è separato legalmente o divorziato *(allegare documentazione autorità giudiziaria)*;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

che il soggetto in situazione di disabilità grave NON è ricoverato a tempo pieno *(ad eccezione di ricovero interrotto per necessità di visite/terapie fuori struttura oppure di ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale oppure di ricovero di un minore per il quale risulta documentata dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare)*;

di risiedere in un Comune situato a distanza stradale pari o inferiore a 150 km rispetto alla residenza della persona da assistere;

di risiedere in un Comune situato a distanza stradale superiore a 150 km rispetto alla residenza della persona da assistere;

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;

○ 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 del disabile;

○ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita di legittimazione alle agevolazioni (es., decesso, ricovero a tempo pieno, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, etc.).

Alla presente si allega:

- copia del verbale della Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1 della Legge 104/1992 attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della medesima legge;
- autodichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (*allegare anche copia del decreto di nomina*) – nel quale viene indicato il familiare che debba prestare assistenza prevista dai termini di legge;
- nei casi previsti, il provvedimento dal quale risulti lo stato giuridico del divorzio o della separazione;
- nei casi previsti, la documentazione sanitaria attestante patologie invalidanti o ricovero ospedaliero.

Il dipendente prende inoltre atto che:

- i permessi di cui all'art. 33 della L. 104/92 NON sono cumulabili;
- l'effetto dell'agevolazione decorre dal giorno di presentazione della presente richiesta in presenza di tutti i requisiti previsti;
- in caso di propria residenza in un Comune situato a distanza stradale superiore a 150 km rispetto alla residenza della persona da assistere è necessario fornire un titolo di viaggio o altra documentazione idonea attestante il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito).

La/Il sottoscritto/a dichiara che quanto sopra esposto corrisponde a verità e di essere a conoscenza che l'Amministrazione può effettuare delle verifiche.

Inoltre dichiaro di essere stato/a avvertito/a e mi dichiaro conscio, che, in caso di mendaci dichiarazioni, mi saranno applicate le sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 la/il sottoscritto/a dichiara di essere stata/o informata/o sull'uso dei miei dati personali, e cioè del trattamento degli stessi nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali.

La/Il sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni che sono rilevanti alla concessione del presente permesso.

DATA

FIRMA DELLA/DEL DICHIARANTE *

*In alternativa alla firma in presenza del dipendente addetto può essere allegata fotocopia di un documento di identità.

Confermo che la presente dichiarazione è stata firmata in mia presenza

DATA

FIRMA DELL'ADDETTO AL PROCEDIMENTO