

U.O.C. Gestione Risorse Umane

Settore Giuridico

Oggetto: richiesta permessi retribuiti ex art.33 legge 104/92

__ I __ sottoscritt__ cognome _____ nome _____

Nat_ a _____ il _____ (prov. _____) C.F. _____

Residente a _____ Via _____ N. _____

Tel. _____ cell. _____

In servizio presso l'U.O. _____ sede di _____ matr. _____

Qualifica _____ data assunzione _____

CHIEDE

Di beneficiare dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/92 e successive modifiche in qualità di:

☐	<i>disabile lavoratore</i>
☐	<i>Parente, affine o coniuge di persona con disabilità</i>
☐	<i>Genitore di persona disabile di età inferiore a tre anni</i>

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (artt.46 e 47 T.U. disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – DPR28.12.2000 n. 445)

DICHIARA

1. Che l'ASP/INPS di _____ nella seduta del _____ ha riconosciuto la gravità dell'handicap, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 di:
cognome _____ nome _____ nat_ a _____
il _____ c.f. _____
grado di parentela con __ I __ sottoscritt__ _____ (_____)

2. Che la persona per la quale vengono richiesti i permessi è / non è dipendente pubblico presso l'ente _____ con sede in _____
3. Che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
4. Che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di disabilità;
5. Che l'altro genitore (del figlio minore) beneficia dei permessi per lo stesso soggetto disabile alternativamente con _l_ sottoscritt_, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori (allegare dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore e l'ente di appartenenza)
6. Che, esclusivamente, in qualità di disabile lavoratore intende fruire dei permessi retribuiti secondo la seguente modalità (che potrà essere variata da mese in mese, con comunicazione scritta al proprio Dirigente Responsabile):

☐	tre giorni di permesso al mese
☐	Due ore al giorno, tutti i giorni lavorativi (comunicare prev. al proprio servizio la modalità)
☐	18 ore mensili (comunicare preventivamente al proprio servizio la modalità)

7. Di impegnarsi a comunicare immediatamente per iscritto eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le Amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e del DPR 28.12.2000 n. 445 (con eventuale sanzioni penali previste per i casi di dichiarazioni mendaci) .
 8. Di essere / non essere in possesso di Determina autorizzativa n. _____ del _____ per assistenza ad altro familiare disabile con grado di parentela/affinità : _____ .
- N. B. (cancellare le voci che non interessano).

Allega i seguenti documenti:

copia fotostatica documento di identità datata e firmata

verbale accertamento posizione di handicap in situazione di gravità con codice fiscale

Data _____

Firma _____