



Al Responsabile dell'Area Risorse Umane

ufficio.pta@unimc.it

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

in Via _____ n. _____

in servizio presso _____

Area _____ settore _____

chiede

di usufruire ai sensi dell'art. 33, c. 3, L. 104/92 dei giorni di permesso mensile (massimo tre), per assistere:

cognome e nome _____

codice fiscale _____ nat_ a _____

il _____ residente a _____

in Via _____ n. _____,

il cui stato di handicap in situazione di gravità è stato accertato dalla Commissione (art. 4, c. 1, L. 104/1992) di _____ in data _____,

come da documentazione allegata.

A tale fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti dal provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR 28.12.2000 n. 445,

DICHIARA

(barrare le voci d'interesse)

- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
- ☐ che un altro familiare beneficia alternativamente dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi:

Nome _____ Cognome _____



grado di parentela _____ dipendente pubblico ☐ NO ☐ SI (se SI indicare Amministrazione di appartenenza):

_____ part.IVA/cod.Fisc. _____

- ☐ che nessun altro familiare beneficia del congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
- ☐ che un altro familiare beneficia del congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
- ☐ che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno;
- ☐ che la persona disabile in situazione di gravità è ricoverata a tempo pieno, ma i sanitari della struttura hanno richiesto la propria presenza.
- ☐ che la persona disabile in situazione di gravità è dipendente pubblico ☐ NO ☐ SI (se SI indicare Amministrazione di appartenenza):

_____ part.IVA/cod. Fisc. _____

ed il tipo di contratto ☐ tempo determinato – ☐ tempo indeterminato).

Dichiara di essere nella seguente relazione con la persona disabile:

(barrare la voce d'interesse)

- ☐ coniuge;
- ☐ parte di un'unione civile ai sensi dell'articolo 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76; convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36, della legge 20 maggio 2016, n. 76;
- ☐ parente entro il secondo grado (_____);
- ☐ affine entro il secondo grado (_____);
- ☐ parente/affine di terzo grado della persona disabile, con la seguente situazione:
 - ☐ i genitori della persona disabile mancano o sono deceduti
 - ☐ il coniuge della persona disabile manca o è deceduto
 - ☐ l'altra parte dell'unione civile o il convivente di fatto manca o è deceduto
 - ☐ i genitori della persona disabile sono affetti da patologie invalidanti (*)
 - ☐ il coniuge della persona disabile è affetto da patologie invalidanti (*)
 - ☐ l'altra parte dell'unione civile o il convivente di fatto è affetto da patologie invalidanti (*)
 - ☐ i genitori della persona disabile hanno compiuto i sessantacinque anni di età
 - ☐ il coniuge della persona disabile ha compiuto i sessantacinque anni di età



- l'altra parte dell'unione civile o il convivente di fatto ha compiuto i sessantacinque anni di età.

Dichiara di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e che, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza.

Dichiara 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 sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile.

Dichiara di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alla fruizione delle agevolazioni.

() Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate dall'art. 2 del Decreto interministeriale n. 278 del 21.7.2000. In tale caso deve essere allegata idonea documentazione del medico specialista del SSN o con esso convenzionato*

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA DEL DICHIARANTE

_____, _____
(luogo) (data)

Alla presente dichiarazione, se spedita anche via fax o consegnata tramite un incaricato, va allegata copia fotostatica del documento di identità.