**A Z I E N D A U S L D I P E S C A R A**

 **Azienda Pubblica**

 **Spett.le**

 **Azienda USL di Pescara**

 **UOC Dinamiche del Personale**

 **Sede di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**L. 104/92, ART. 33, CO. 3 - DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTERE UN SOLO FAMILIARE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’.**

**N.B.** Per la fruizione dei permessi, il dipendente, salvo dimostrate situazioni di urgenza, dovrà concordare con il Dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, predisponendo una programmazione con riferimento all’intero arco temporale del mese, al fine di consentire il miglior andamento dell'attività organizzativa.

**Dichiarazione resa dal dipendente richiedente i benefici, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/00, consapevole delle conseguenze penali ivi indicate nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ed informato su quanto previsto dall'art. 13 del D. Lgs. 196/03, con ciò acconsentendo al trattamento dei dati "sensibili ", nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi istituzionali dell'azienda e della gestione del rapporto di lavoro.**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO/A A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV.\_\_\_\_IL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV. DI\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.\_\_\_\_\_ TELEFONO N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE (Allegare fotocopia del tesserino di Cod. Fisc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIPENDENTE DI CODESTA AZIENDA USL NEL PROFILO PROFESSIONALE DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. A TEMPO INDETERMINARO DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. A TEMPO DETERMINATO DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. FULL TIME
4. PART TIME (PERCENTUALE %\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
5. ORIZZONTALE
6. VERTICALE

IN SERVIZIO PRESSO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFONO N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (specificare Ufficio o U.O. di appartenenza)

**CHIEDE**

la fruizione dei permessi mensili retribuiti previsti dall’art. 33 comma 3 della Legge 104/1992**,** per assistere il familiare, persona disabile in situazione di gravità:

Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Allegare fotocopia del tesserino di Cod. Fisc.)

Rispetto al familiare assistito il dipendente è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ (specificare legame e grado di parentela - Vedi riquadro sotto)

- coniuge e parenti e affini di 1° grado: genitori, figli, suocero/a,nuora, genero

- parenti e affini di 2° grado: nonni, fratelli, sorelle, nipoti (ovvero figli di figli) e cognati.

I benefici in argomento possono essere estesi ai parenti e affini di 3°:bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli / sorelle), zii e nipoti acquisiti, solo qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età, gli stessi siano affetti da patologie invalidanti (nel caso di età inferiore a 65 anni), o siano deceduti o mancanti.

 Il Sottoscritto, dichiara che la distanza stradale tra il Comune di residenza del richiedente e quella del Comune di residenza del familiare disabile in situazione di gravità è di chilometri: \_\_\_\_\_\_.

 **N.B**. Qualora la suddetta distanza sia superiore a chilometri 150, occorre fornire titolo di viaggio o altra documentazione idonea attestante il raggiungimento del luogo di residenza dell’assistito.

 Il Sottoscritto dichiara altresì**,** che**:**

 nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap in situazione di gravità;

**** il soggetto portatore di handicap in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno;

**** il soggetto portatore di handicap in situazione di gravità è ricoverato a tempo pieno presso la seguente struttura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

 **N.B**. In caso di ricovero a tempo pieno del portatore di handicap in situazione di gravità, i permessi di cui all’art. 33 della L. 104/92, possono essere concessi, nei seguenti casi:

 - Interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;

 - Ricovero a tempo pieno del disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;

 - Qualora la presenza del soggetto che presta assistenza sia richiesta dalla struttura sanitaria presso la quale il disabile è ricoverato.

 La ricorrenza delle situazioni eccezionali di cui sopra dovrà risultare da idonea documentazione medica che l’Ufficio è tenuto a valutare.

Il presente riquadro va compilato a cura dell’altro genitore , nel caso in cu ipermessi previsti dall’art. 33 comma 3 della Legge 104/1992**,** vengano richiesti dal dipendente per assistere un figlio disabile in situazione di gravità.

Il Sottoscritto Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. N. 445/2000 per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, dichiara di:

1. Non fruire dei permessi mensili per assistere il figlio disabile
2. Di fruire dei permessi mensili per assistere il figlio disabile

 Di prestare attività lavorativa in qualità di:

1. Dipendente Pubblico presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dipendente privato presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dichiara altresì di essere consapevole che il diritto a fruire dei permessi di cui all’art. 33, co. 3 della L. 104/92 è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, del figlio con handicap in situazione di gravità, che possono fruirne alternativamente, nel limite massimo di tre giorni mensili, anche in maniera continuativa.

 **Firma dell’altro genitore**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARAZIONE RESA DAL SOGGETTO DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’**

(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN FIGLIO MINORE)

Il/ lasottoscritto / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/00 per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

 di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione AUSL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

 di aver presentato all'Inps, istanza per l'accertamento del riconoscimento della condizione di disabilità grave in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

 di non essere ricoverato a tempo pieno;

1. di essere ricoverato a tempo pieno presso la seguente struttura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 di prestare attività lavorativa presso l’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di beneficiare della agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per se stesso;

 di non prestare attività lavorativa;

 di essere parente di \_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

 di essere assistito soltanto dal Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato /a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTI DA ALLEGARE:**

1. copia del documento di riconoscimento del richiedente i benefici e del familiare da assistere.

 Copia del verbale dell’apposita Commissione Medica di cui all’art. 4, comma 1, L. 104/1992, attestante lo stato di “handicap in situazione di gravità” ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge 104/1992 relativo al soggetto da assistere.

1. Copia dell'istanza presentata all'INPS, per l'accertamento del riconoscimento della condizione di disabilità grave.

 Qualora il verbale della competente Commissione Medica non sia stato ancora rilasciato, occorre presentare o Verbale provvisorio INPS oppure certificato del Medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere:

1. in caso di patologie oncologiche, decorsi 15 giorni dalla presentazione della domanda di riconoscimento della condizione di disabilità grave;
2. per tutte le altre patologie, decorsi 90 giorni dalla presentazione della domanda di riconoscimento della condizione di disabilità grave.

 **Si precisa che qualora a seguito del verbale definitivo non venga accertato lo stato di handicap grave, l’Amministrazione è autorizzata a decurtare dal periodo di ferie i giorni di permesso già fruiti in via provvisoria.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (per presa visione)

 Il Richiedente Direttore/Dirigente Responsabile U.O. di appartenenza

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma) (firma)

**(N.B.)**

 Il dipendente dovrà presentare la domanda dei permessi mensili di cui all’art. 33, co. 3 L.104/92 all’Ufficio Dinamiche del Personale, tramite l’Ufficio Protocollo.

 L’Ufficio Dinamiche del Personale che riceve l’istanza di fruizione delle agevolazioni da parte del dipendente interessato, verifica l’adeguatezza e la correttezza della documentazione presentata, emette il provvedimento di accoglimento e lo trasmette al dipendente e agli Uffici interessati. Successivamente, il dipendente potrà fruire dei suddetti permessi, presentando regolare richiesta presso l’Ufficio o U.O. di propria competenza

 Naturalmente, ove nell’ambito o a seguito degli accertamenti si riscontrasse l’insussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione delle agevolazioni in parola, l’Amministrazione procederà alla tempestiva contestazione ed i giorni eventualmente fruiti dal dipendente a tale titolo, verranno automaticamente trasformati in ferie.

 **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

 (ai sensi dell’art. 47 del DPR 445/00)

Azienda USL di Pescara

 UOC Dinamiche del Personale

 Via R. Paolini, 47

 PESCARA

Il /la sottoscritto /a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con il profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telef. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara sotto la propria responsabilità di essere consapevole delle conseguenze penali

previste dall’art. 76 del DPR 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi

indicate e di essere informato su quanto previsto dall’art. 13 del D. Lgs.vo n. 196/03, con ciò

acconsentendo al trattamento dei dati “sensibili”, nella misura necessaria per il perseguimento

degli scopi istituzionali dell’Azienda e della gestione del rapporto di lavoro.

**ALL’UOPO DICHIARA:**

 **a)** di prestare assistenza nei confronti del disabile in situazione di gravità per il quale chiede le agevolazioni e 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;

 **b)** 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 collettivita sopportano solo per l’effettiva tutela del disabile;

 **c)** di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Pescara,

 (FIRMA)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. : Allegare copia del documento d’identità del richiedente i benefici.**

**MODELLO DA ALLEGARE ALLA DOMANDA NEL CASO IN CUI L’ASSISTENZA SIA PRESTATA AD UN SOLO FAMILIARE DI 3° GRADO(\*)**

 **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

 (ai sensi dell’art. 47 del DPR 445/00)

Azienda USL di Pescara

 UOC Dinamiche del Personale

 Via R. Paolini, 47

 PESCARA

Il /la sottoscritto /a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con il profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telef. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del DPR 445/00, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara che i permessi mensili di cui all’art. 33, co. 3 della L. 104/92 vengono richiesti per il Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(specificare la relazione di parentela) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_familiare di 3° grado(\***),** in conformità alle disposizioni previste dalla normativa vigente, ovvero nei casi in cui i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità sono:

1. **Genitori:** deceduti o mancanti;
2. **Coniuge**: deceduto o mancante;
3. **Genitori**: hanno compiuto i 65 anni di età

 Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

 Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. **Coniuge:** ha compiutoi 65 anni di età;

 Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. **Genitori** non hanno compiuto i 65 anni di età, ma sono affetti da patologie invalidanti (in tal caso fornisce idonea certificazione medica);
2. **Coniuge** non ha compiuto i 65 anni di età, ma è affetto da patologie invalidanti (in tal caso fornisce idonea certificazione medica).

Pescara,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma)

(\*) Parenti e affini di 3°: bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli / sorelle), zii e nipotiacquisiti.

N.B. : Allegare copia del documento d’identità del richiedente i benefici

 **Modello A**

**DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CHE ESERCITA LA POTESTA’ GENITORIALE/ TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELLA PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITA’ GRAVE**

(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di **genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno** (allegare copia Provv.to di nomina del giudice tutelare) del Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi eche soltanto un lavoratorepuò fruire dei permessi per l’assistenzaalla stessa persona disabile in situazione di gravità**,** ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 445/00,

**DICHIARA** di essere parente di \_\_\_\_\_\_ grado delSig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la seguente relazione di parentela **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;**

**DICHIARA** inoltre che, il familiare assistito:

1. è in condizione di disabilità grave ai sensi dell’art. 3, comma 3, della L. n. 104/92 riconosciuta con verbale della Commissione AUSL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
2. è in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
3. non è ricoverato a tempo pieno;
4. e’ ricoverato a tempo pieno presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. svolge attività lavorativa e beneficia delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992;
6. non presta attività lavorativa.

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. :Allegare copia del documento d’identità del richiedente i benefici**