DOMANDA ANNUALE PERMESSI EX ART.33 L.104/1992 E SS.MM.

(PER L'ASSISTENZA DI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE)

AL COMUNE DI SESTU
Ufficio del Personale

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il_____
dipendente a tempo _____ in servizio dal giorno _____ presso l'ufficio/servizio
_____, residente presso il Comune di _____
con riferimento all'anno _____ (*LA DICHIARAZIONE VA RIPRESENTATA ENTRO 31 GENNAIO DELL'ANNO SUCCESSIVO)*

CHIEDE:

la fruizione dei permessi retribuiti di cui all'art.33, comma 3, della L.104/1992,consistenti nel diritto a n.3 giorni o 18 ore mensili, non cumulabili e retribuiti (secondo la programmazione che verrà consegnata all'Ufficio entro l'ultimo giorno del mese precedente a quello in cui si fruirà dei permessi), **per assistere il seguente assistito:**
Nome:_____Cognome _____ nato/a il _____
a _____Prov._____, C.F. __/
e residente in _____ Prov._____, indirizzo_____

IN QUALITA' DI:

☐ CONIUGE;
☐ PARENTE O AFFINE ENTRO IL 2° GRADO (RAPPORTO RISPETTO ALL'ASSISTITO: _____);
☐ PARENTE O AFFINE ENTRO IL 3° GRADO (RAPPORTO RISPETTO ALL'ASSISTITO: _____);*
(*solo se genitori e coniuge della persona suddetta abbiano 65 anni o siano: affetti da patologie invalidanti; deceduti; mancanti)

DICHIRANDO A TAL FINE

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci:

☐ che la persona in favore della quale si richiedono i permessi in oggetto non risulta ricoverata a tempo pieno;
☐ che nessun altro individuo fruisce dei medesimi permessi per assistere il familiare sopra indicato;
☐ che l'assistito ☐ è un dipendente pubblico; ☐ non è un dipendente pubblico;

IN CASO DI FRUIZIONE PERMESSI PER ASSISTENZA AL FIGLIO DISABILE DI ETA' TRA I 3 E I 18 ANNI:
☐ che l'altro genitore non ha diritto a fruire dei medesimi permessi in quanto: ☐disoccupato, ☐autonomo;
☐ che l'altro genitore pur avendone diritto non usufruisce dei medesimi permessi;
☐ che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso disabile alternativamente al/alla sottoscritto/a nel limite di 3 giorni mensili complessivi (in questo caso occorre allegare una dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio ogni intervenuta modifica che, rispetto a quanto dichiarato nella presente, possa determinare il decadimento dal beneficio (a pena delle previste sanzioni disciplinari);

ALLEGA IN MERITO:

☐ certificato ☐ definitivo ☐ provvisorio rilasciato in data _____da: ☐ Commissione ASL; ☐ INPS attestante la gravità della condizione di handicap, avente carattere: ☐ permanente; ☐ rivedibile, in data _____;
☐ altro (specificare)_____
☐ ricevuta della presentazione telematica all'INPS della domanda di riconoscimento ☐ dell'handicap ☐ dell'invalidit¨ effettuata in data _____ corredata dal certificato medico rilasciato da _____ attestante lo status oggetto di accertamento. *(N.B. La mancata conferma da parte della Commissione ASL/INPS dello status certificato dal medico curante/specialista determina il decadimento dei benefici fruiti dall'origine).*

Data_____ Il/la Richiedente_____

Data_____ Visto, il Responsabile del Servizio di appartenenza _____