N°_____/200__ R. Ass.

Domanda per usufruire dei permessi in favore dei genitori, coniuge, parenti/affini entro il 3° grado, di persone in situazione di disabilità grave, di età superiore ai 18 anni

(art. 33, comma 3, L. 104/92)

Al Sig. Dirigente Amministrativo del
S E D E

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso questo Ufficio in qualità di _____, per assistere__l__ propri__ _____, nat___ a _____ il _____ e, pertanto, di età superiore agli anni 18, in situazione di disabilità grave;

c h i e d e

di fruire dei permessi retribuiti con la seguente modalità:

- o tre giorni mensili;
- o 18 ore mensili;
- o _____(in caso di part-time/contratto a tempo determinato)

e, a tal fine,

consapevole della responsabilità penale in cui si incorre per dichiarazioni false, formazione e uso di atti falsi, esibizione di atto contenente dati non rispondenti a verità (art. 76 DPR n. 445/2000), nonché della sanzione amministrativa della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR N. 445/2000), sotto la propria responsabilità,

dichiara

- ☐ che la persona in situazione di disabilità non è ricoverata a tempo pieno presso istituto specializzato;
- ☐ che la persona in situazione di disabilità è ricoverata a tempo pieno e versa in coma vigile e/o in situazione terminale;
- ☐ che convive con il/la sottoscritt_ ;
- ☐ che non convive con il/la sottoscritt_ , il disabile vive in _____, che dista _____ km dall'abitazione del richiedente e i tempi di percorrenza sono di _____
- ☐ che non ci sono altri parenti/affini entro il 3° grado che fruiscono dei permessi per lo stesso disabile;
- ☐ di essere l'unico soggetto a prestare assistenza continua, sistematica ed esclusiva al disabile;
- ☐ che il disabile non convive con altri soggetti non lavoratori in grado di assisterlo;
- ☐ che il disabile, pur convivendo con altri soggetti non lavoratori, non può ricevere assistenza da questi, perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità per_____.
- ☐ _____

Allega:

- verbale o certificato ASL competente, attestante situazione di disabilità grave, accertata ai sensi dell'art 4, comma 1, L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- documentazione sanitaria che attesti lo stato di impossibilità temporanea o permanente dei conviventi non lavoratori:
- altro _____

Si impegna a comunicare ogni evento o nuova situazione rilevante per il diritto o per le modalità di fruizione del beneficio.

Sassari, _____

_____

Il Dirigente

letta l'istanza che precede, esaminata la documentazione allegata e ritenendo sussistenti i presupposti

AUTORIZZA

quanto richiesto.

Sassari, _____

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

_____

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo, ai sensi del D. Lgs. N. 196 del 30/06/2003. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

_____