

RICHIESTA PERMESSO RETRIBUITO PER PORTATORI DI HANDICAP

AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992

Data Ultimo Aggiornamento: **14/07/2017**

Settore: **Ufficio Unico del Personale Unione Bassa Reggiana**

Referente Ufficio del procedimento: **Farina Maria Luisa**

Descrizione del procedimento

I dipendenti a tempo **indeterminato (art. 19, co 6, CCNL 06/07/1995) anche con qualifica dirigenziale (Art. 18, co 6, CCNL 10/04/1996) e determinato (art. 7 co.10 lett. e CCNL 14/09/2000)**, hanno la possibilità di fruire del permesso retribuito per portatori di handicap a condizione che siano:

1. Lavoratori o lavoratrici in situazione di disabilità grave;
2. Coniuge;
3. Uniti civilmente;
4. Convivente di fatto (art.1 commi 36 e 37, legge 76/2016);
5. Lavoratrici madri o in alternativa lavoratore padre, anche adottivi;
6. Parente o affine entro il secondo grado (genitori, figli, nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli di figli), suocero/a, nuora, genero, cognati);
7. Parente o affine entro il terzo grado (bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e/o sorelle), pronipoti in linea retta, zii acquisiti, nipoti acquisiti)

E' possibile fruire del permesso per parenti o affini entro il terzo grado solo nel caso in cui uno dei genitori o il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto della persona in situazione di disabilità grave abbiamo compiuto i 65 anni di età, siano affetti da patologie invalidanti, sia deceduti o mancanti (per mancante si intende non solo una situazione di assenza naturale o giuridica (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto) ma anche ogni altra condizione ad essa assimilabile (divorzio, separazione legale, abbandono) debitamente certificata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità).

DISCIPLINA GENERALE

Si ricorda che è persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (art.3 c1 L104/92).

Qualora la minorazione singola o plurima abbia ridotto l'autonomia personale correlata all'età, in modo da ritenere un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità (art.3 c3 L104/92).

Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, devono essere accertate dalla competente Commissione Medica Integrata ASL/INPS. Nel caso di portatori di sindrome Down la disabilità in situazione di gravità può essere accertata anche dal medico di base che rilascerà la relativa certificazione su presentazione del "cariotipo" (rappresentazione ordinata del corredo cromosomico di un individuo).

La commissione medica si deve pronunciare entro 180 giorni dalla data di presentazione della domanda.

Qualora la commissione medica non si pronunci entro 90 giorni dalla presentazione della domanda, gli accertamenti sono effettuati, in via provvisoria, solo ai fini previsti dall'art. 33 della legge 104 del 05.02.1992, da un medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso l'unità sanitaria locale da cui è assistito l'interessato.

L'accertamento provvisorio produce effetto fino all'emissione dell'accertamento definitivo da parte della commissione.

Nel caso di lavoratore già autorizzato alla fruizione dei benefici correlati alla disabilità grave, accertata con verbale e soggetto a revisione, è possibile continuare a fruire del permesso nel periodo compreso tra la data di scadenza del verbale rivedibile e il completamento dell'iter sanitario di revisione (art.25 comma 6 bis decreto legge 24/06/2014, n.90 convertito, con modificazione, dalla legge n.114 del 11/08/2014 e circolare inps n.127 del 08/07/2016)

Per quanto riguarda, invece l'invalidità civile ovvero dell'handicap, riguardante soggetti oncologici, è effettuato dalle commissioni mediche entro 15 giorni dalla domanda dell'interessato.

Gli esiti dell'accertamento hanno efficacia immediata per il godimento dei benefici da essi derivanti, fatta salva la facoltà della commissione di sospenderne gli effetti fino all'esito di ulteriori accertamenti.

Le condizioni di Grande invalido di guerra o equiparato è accertata anche dal decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

FRUIZIONE PERMESSI PER ASSISTENZA A PORTATORI DI HANDICAP:

Tale permesso può essere fruito a giorni (massimo 3) anche in maniera continuativa o ad ore (massimo 18). Per quanto riguarda la fruizione del permesso ad ore si precisa che non è possibile utilizzarlo a frazioni di ora.

La fruizione parziale dei giorni di permesso, o delle ore previste in alternativa, non dà diritto al godimento residuo nel mese successivo.

Non è ammessa l'alternatività tra più beneficiari per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, i permessi possono essere accordati soltanto in capo ad un unico lavoratore (Referente unico per ciascun disabile circolare 13/2010 FP). La sola eccezione è prevista per i genitori di figli con disabilità grave ai quali è riconosciuta la possibilità di fruire dei permessi in argomento alternativamente, sempre nel limite dei tre giorni per persona disabile.

Tali benefici vengono riconosciuti anche per assistere il familiare in situazione di disabilità grave, residente in un comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto al proprio luogo di residenza, a patto che attesti con un titolo di viaggio o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

Tale documentazione potrà consistere in un titolo di viaggio, qualora ci si avvalga del mezzo pubblico di trasporto per raggiungere l'assistito, ovvero della ricevuta del pedaggio autostradale o nella copia dell'estratto conto riassuntivo del Telepass, se si utilizza il mezzo privato.

Qualora il dipendente non possa produrre idoneo titolo di viaggio, potrà dimostrare di avere effettivamente prestato assistenza, mediante attestazione rilasciata dal medico curante del disabile ovvero della struttura sanitaria presso la quale lo stesso è stato accompagnato dal familiare per effettuare accertamenti o terapie.

Ove intervengono variazioni significative (annullamento del programma, ricovero a tempo pieno della persona disabile, slittamento di date, ecc) il fruitore dei permessi dovrà informare con tempestività il datore di lavoro.

Tale modifica delle modalità di fruizione dei permessi, dovrebbe essere contenuta, al fine di non pregiudicare la funzionalità della struttura presso cui il dipendente presta servizio.

L'art. 6 del Dlgs 119/2011 aggiungendo un comma all'articolo 33 della Legge 104/1992 disciplina l'ipotesi della cumulabilità dei permessi con la conseguenza che, ove ne ricorrano tutte le condizioni, il medesimo lavoratore potrà fruire dei permessi anche in maniera cumulativa per assistere a più persone disabili.

Si possono cumulare i permessi solo a condizione che "il secondo" familiare da assistere sia il coniuge, un parente o affine entro il 1° grado o il 2° grado qualora i genitori, il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie o siano deceduti o mancanti.

Non è ammessa la cumulabilità nel caso in cui il "secondo" familiare da assistere sia un parente o affine entro il terzo grado nemmeno nel caso in cui il coniuge o il genitore sia deceduto o mancante o ultra 65enne (zii e bisnonni).

Il permesso previsto dalla legge 104 non può essere fruito nel caso in cui vi sia il ricovero a tempo pieno (per le intere 24 ore) del disabile presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa. Al riguardo si fa presente che i permessi in argomento non sono concedibili al dipendente per far fronte a necessità assistenziali "non sanitarie" (aiuto all'igiene, nell'alimentazione, nel supporto personale). Detti permessi possono essere invece concessi, come ribadito nella circolare n.13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dlgs n. 119 del 2011 anche in presenza di ricovero nei seguenti tre casi:

1. Interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori dalla struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie appositamente certificate;
2. Ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;
3. Ricovero a tempo pieno di un disabile in situazione di disabilità grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

Le situazioni eccezionali dovranno essere supportate da idonea documentazione medica che gli uffici sono tenuti a valutare.

♣Per poter fruire di tale permesso, bisogna presentare all'Ufficio Personale la seguente documentazione:

- la domanda annuale protocollata (MOD/PARENTI);
- certificazione della commissione medica Integrata ASL/INPS. di appartenenza del disabile, la quale attesti lo stato di gravità in base all'art. 3, co. 3 Legge 104/1992;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno presso un istituto specializzato (MOD/PARENTI);
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti che il lavoratore sia l'unico componente della famiglia, che assiste il disabile (MOD/PARENTI);

La comunicazione di fruizione del permesso in esame deve essere presentata preventivamente anche al Responsabile.

Le modifiche introdotte dall'art. 3 Dlgs n. 119 del 18/07/2011, che ha integralmente sostituito il comma 1 dell'art. 33 del Dlgs n. 151 del 26/03/2001 e le novità del Dlgs n.80 del 15/06/2015, hanno previsto che:

- i genitori, anche adottivi, con bambini fino a tre anni di età hanno la possibilità di fruire, in maniera alternativa, dei tre giorni di permesso mensile (art.42 c2 dlgs 151/2001) ovvero di permessi orari retribuiti rapportati all'orario di lavoro: 2 ore al giorno in caso di orario lavorativo pari o superiore a 6 ore, altrimenti 1 ora al giorno (art.33 c2 L104/92 + art. 42 c1 dlgs 151/2001) ovvero del prolungamento del congedo parentale retribuito al 30% (art. 33 c1 dlgs 151/2001). Il prolungamento può essere usufruito dal termine del periodo di normale congedo parentale teoricamente fruibile dal genitore richiedente, indipendentemente dal fatto che sia stato in precedenza utilizzato o

esaurito, per un periodo massimo di tre anni, comprensivi del periodo di congedo parentale ordinario, da godere entro il compimento del dodicesimo anno di vita del bambino. Per quanto riguarda di genitori adottivi e affidatari possono fruire del prolungamento del congedo parentale per un periodo fino a tre anni, comprensivo del periodo di congedo parentale ordinario, nei primi dodici anni decorrenti dalla data di ingresso in famiglia del minore riconosciuto disabile in situazione di gravità, indipendentemente dall'età del bambino all'atto dell'adozione affidamento e comunque non oltre il compimento della maggiore età dello stesso;

- I genitori, anche adottivi, con bambini oltre i tre anni e fino ai 12 anni di vita possono beneficiare, in alternativa, dei tre giorni di permesso mensile ovvero del prolungamento del congedo parentale, come sopra descritto;
- I genitori, anche adottivi, con figli oltre i 12 anni di età possono fruire dei tre giorni di permesso mensile.

Il prolungamento del congedo è accordato a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, salvo che in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del genitore. Valgono comunque anche in questa sede le deroghe sopra indicate. Con la legge 183/2010, che interviene sull'articolo 33, comma 3, della legge 104/92 viene introdotta anche per i parenti e gli affini del minore di tre anni in situazione di disabilità grave la possibilità di godere dei tre giorni di permesso mensili.

Nel caso in cui il richiedente abbia un rapporto di lavoro part time di tipo verticale, le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte.

FRUIZIONE PERMESSI PER LAVORATORI PORTATORI DI HANDICAP:

Per quanto riguarda invece la fruizione dei permessi per se stesso, il lavoratore disabile ha la possibilità di scegliere o di usufruire di 3 giorni mensili di permesso o di 1 o 2 ore tutti i giorni (in base all'orario di lavoro giornaliero, se è uguale o superiore alle 6 ore si ha diritto a 2 ore di permesso, altrimenti solo a 1 ora).

♣ Per poter fruire di tale permesso, bisogna presentare all'ufficio personale la seguente documentazione:

- la domanda annuale protocollata (MOD/LAVORATORI);
- certificazione della A.S.L. di appartenenza del disabile, la quale attesti lo stato di gravità in base all'art. 3, co. 3 Legge 104/1992;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (autocertificazione) attestante il possesso dei requisiti di portatore di handicap ai sensi Legge 104/1992 (MOD/LAVORATORI)

Requisiti Richiesti

Essere dipendente pubblico a tempo determinato (art. 7, co. 10 lett.e CCNL 14/09/2000) o indeterminato (art. 19, co.6, CCNL 06/07/1995) anche con qualifica dirigenziale (art. 18, co. 6 CCNL 10/04/1996) portatore di handicap.

Modalità: A domanda da presentare al proprio Responsabile che provvederà ad inoltrarlo all'Ufficio Unico del Personale

Servizio: Ufficio Unico del personale Unione Bassa Reggiana

Responsabile Ufficio: Farina Maria Luisa (0522-655441)

Operatori: Basta Ida (0522-655413)

Donelli Debora (tel. 0522-655446)

Montanari Roberta (0522-655402)

Moretti Silvia (0522-655444)

Manotti Marcello (0522-655421)

Punta Antonella (0522-655449)

Sarracino MariaTeresa (0522-655413)

Orari Ufficio: Lunedì, Mercoledì e Venerdì 11.00-13.30

Cosa Occorre: vedi ♣

Costi: Nessuno

Riferimenti Legislativi:

Art. 19 co, 6 CCNL del 06/07/1995

Art. 18 co 6 CCNL 10/04/1996

Legge 423 del 27.10.1993

Legge 104 05/02/1992

D.M. 278 del 21/07/2000

D.Lgs. 151 del 26/03/2001

Legge 80 del 09.03.2006

Art. 7 co 10 lett. e CCNL 14/09/2000

Art. 19 e 20 legge 53 del 08/03/2000

Art. 24 legge 183 del 04/11/2010

Circolare n. 45 del 01/03/2011 Inps

Circolare n. 100 del 24/07/2012 Inps

Dlgs 119 del 18/07/2011

Circolare n. 32 del 06/03/2012 Inps

Circolare n. 13 del 6/12/2010 Funzione Pubblica

Circolare n. 1 del 03/02/2012 Funzione Pubblica

Dlgs n.80 dle 15/06/2015 e Dlgs 148 del 14/09/2015

Circolare n.127 del 08/07/2016 Inps

Legge 20 maggio 2016, n. 76

Sentenza della Corte Costituzionale 23 settembre 2016, n. 213.



MOD/PARENTI

AL RESPONSABILE

ALL'UFFICIO UNICO DEL PERSONALE

DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI DAL _____ AL _____
(Max 12 mesi e comunque la scadenza è sempre il 31 dicembre) PER
L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE
(D.Lgs 151/2001 art. 42; Legge 104/1992 art. 33 comma 3; Legge 53/2000 art. 19 e art. 20)
GENITORI, PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO

Il/La sottoscritto/a _____ dipendente del Comune di _____ nato/a _____ il _____ prov. _____ CF. _____ residente a _____ in via _____ prov. _____ cap _____ stato _____ cittadinanza _____

CHIEDE

di fruire dei permessi in base alla Legge 104/92 per la seguente persona

Cognome _____ Nome _____ nato/a _____ il _____ prov. _____ CF. _____ residente a _____ in via _____ prov. _____ cap _____

- Figlio con età superiore a dodici anni o parente o affine del disabile in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 c.3 Legge 104/1992 (parenti di 1° grado: genitori, figli – parenti di 2° grado: nonni, fratelli, sorelle nipoti (figli dei figli) – parenti di 3° grado: bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e/o sorelle), pronipoti in linea retta – affini di 1° grado: suocera, suocero, nuora, genero – affini di 2° grado: cognati – affini di 3° grado: zii acquisiti, nipoti acquisiti) specificare il rapporto di parentela o affinità _____

- Figlio fino a tre anni di età disabile in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 c3 Legge 104/1992

1. Di fruire del prolungamento del congedo parentale(retribuzione 30%) (articolo 33 dlgs 151/2001)

dal _____ al _____
dal _____ al _____

dal _____ al _____
dal _____ al _____
2. Di fruire delle ore di permesso giornaliero (articolo 42 comma 1 dlgs 151/2001)

dal _____ al _____
dal _____ al _____
3 Di fruire dei giorni di permesso mensili (massimo tre)(articolo 33 c3 Legge 104/92)

Figlio di età compresa tra i tre e i dodici anni di vita disabile in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 c3 Legge 104/1992

1 Di fruire del prolungamento del congedo parentale (retribuzione 30%) (articolo 33 dlgs 151/2001)

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

2 Di fruire dei giorni di permesso mensili (massimo tre)(articolo 33 c3 Legge 104/92)

In caso di adozione/affidamento è necessaria la data del provvedimento di adozione/affidamento _____ (data) rilasciata dal tribunale di _____.

Coniuge, unito civilmente, convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016)

DICHIARA

Di essere convivente con il/la richiedente

Di non essere convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato

Che il disabile è in situazione di disabilità grave, accertata dalla Commissione Medica Integrata ASL/INPS di _____ in data _____;

Che è stata presentata domanda alla Commissione Medica ASL/INPS per l'accertamento della disabilità in situazione di gravità (art. 3 cp.,a 3 legge 104/92) il _____

Che il disabile è affetto da sindrome Down;

Che il disabile è grande invalido di guerra;

Che il disabile è affetto da patologia oncologica;

Che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati;

Che la persona disabile in situazione di gravità è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati (in questo caso si usufruisce del permesso esclusivamente per accompagnare il disabile alle visite/terapie fuori dalla struttura o nel caso in cui la presenza del parente sia espressamente richiesta dai sanitari) (allego documentazione);

Che svolgo attività lavorativa presso il Comune di _____ a tempo indeterminato/determinato con scadenza il _____;

Che svolgo attività part Time:

o Orizzontale

o Verticale: n. giorni di lavoro effettivi _____ servizio di appartenenza _____

o Per n.ore _____;

- ❑ Che nessun altro familiare, coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
- ❑ Che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- ❑ Che nessun altro familiare, coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto beneficia del congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
- ❑ Che l'altro genitore beneficia del congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
- ❑ Di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:
 - Padre
 - Madre
 - Fratello
 - Sorella
 - Figlio
 - Coniuge
 - Unito civilmente
 - Convivente di fatto
 - Parente entro il secondo grado
 - Affine entro il secondo grado
- ❑ Di essere parente/affine di terzo grado della persona disabile in situazione di gravità ma che la stessa:
 - Non è coniugata
 - Non è unita civilmente
 - Non è convivente di fatto
 - È vedova
 - È coniugata, ma il coniuge ha compiuto più di 65 anni di età
 - E' unita civilmente ma, la parte dell'unione ha compiuto 65 anni di età
 - E' convivente di fatto, ma il convivente ha compiuto 65 anni di età
 - È coniugata, ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti
 - È unita civilmente, ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti
 - È convivente di fatto, ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti
 - Il coniuge è deceduto
 - La parte dell'unione civile è deceduta
 - Il convivente di fatto è deceduto
 - È separata legalmente o divorziata come certificato dal tribunale di _____ con provvedimento n. _____ del _____
 - E' sciolto dall'unione civile come certificato dal Comune di _____ con provvedimento _____ del _____
 - È cessato dalla convivenza di fatto
 - È coniugata ma è in situazione di abbandono, data del provvedimento _____ n. _____ rilasciato da _____
 - È unita civilmente, ma è in situazione di abbandono, data del provvedimento _____ n. _____ rilasciato da _____
 - È convivente di fatto, ma è in situazione di abbandono, data del provvedimento _____ n. _____ rilasciato da _____
 - Ha uno o entrambi i genitori deceduti

- Ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
- Ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante
- Di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o inferiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona disabile in situazione di gravità
- Di risiedere in comune situato a distanza stradale superiore a 150 km rispetto alla residenza della persona disabili in situazione di gravità

- Di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado i prestargli assistenza

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE			
Cognome e Nome	Data di Nascita	Rapporto di Parentela Rispetto al disabile	Professione

PERMESSI MENSILI RICHIESTI

Il/la sottoscritto/a richiede

- Giorni di permesso mensile (massimo 3) nelle giornate che saranno indicate in tempo utile al datore di lavoro
- Ore di permesso mensile (massimo 18h) nelle giornate che saranno indicate in tempo utile al datore di lavoro

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

(da non presentare se già allegata a precedenti domande)

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione Medica Integrata ASL/INPS attestante la gravità della condizione di handicap, o, per le persone con sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato – legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94) o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero
- Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)
- Altro (indicare) _____

In caso di adozione:

- Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente
- Adozioni internazionali: certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" del giudice italiano

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere degli eventuali benefici ottenute con l'autocertificazione.

Si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda.

Si impegna a presentare il certificato della Commissione Medica Integrata ASL/INPS ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- L'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati;
- La revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL;
- Le modifiche ai periodi di permesso richiesti;
- La fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari;

Inoltre il sottoscritto dichiara sotto la propria Responsabilità che:

- Presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- E' 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 la propria opera di assistenza;
- E' 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 dei disabili;
- Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del D.Lgs 196/2003, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente alla richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei propri dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione di dei propri dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Data _____

Firma _____
(del/della richiedente)

(dell'altro genitore o affidatario)

La firma del secondo genitore, che lo impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori.

In tal caso indicare di seguito i dati dei datori di lavoro:

Denominazione Ditta _____

Indirizzo e Località _____

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE
DEL RINNOVO ANNUALE
(non necessaria per i soggetti con sindrome di Down)**

Il/La sottoscritto/o, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data _____

Firma _____

Preso Visione il _____

Il Responsabile _____

AL RESPONSABILE

ALL'UFFICIO UNICO DEL PERSONALE

LAVORATORI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE
DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI DAL _____ AL _____ (max 12 mesi
e comunque la scadenza è sempre il 31 Dicembre)
 (Legge 104/1992 art. 33 comma 6; Legge 53/2000 art. 19 e art. 20)

Il/La sottoscritto/a _____ dipendente del Comune di _____
 nato/a _____ il _____
 prov. _____ CF. _____ residente a _____
 in via _____ prov. _____
 cap _____ .stato _____ Cittadinanza _____

- In condizione di handicap grave, accertata dalla ASL di _____
 in data _____
- Non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati

CHIEDE

- di fruire dei permessi spettanti ai lavoratori in condizione di handicap

DICHIARA

- o Di svolgere attività lavorativa alle dipendenze del Comune di _____
- o Di svolgere la suddetta attività a part time
 - o Orizzontale
 - o Verticale: n. giorni di lavoro effettivi _____ servizio di appartenenza _____

PERMESSI ORARI RICHIESTI (in alternativa ai permessi giornalieri)

- 2 ore o 1 ora di permesso per tutti i giorni lavorativi

PERMESSI DI 2 ORE		PERMESSI DI 1 ORA	
Dal _____	al _____	Dal _____	al _____
Dal _____	al _____	Dal _____	al _____
Dal _____	al _____	Dal _____	al _____
Dal _____	al _____	Dal _____	al _____
Dal _____	al _____	Dal _____	al _____

PERMESSI MENSILI RICHIESTI

Il/La sottoscritto/a richiede

- Giorni di permesso mensile (massimo 3) nelle giornate che saranno indicate in tempo utile al datore di lavoro

NEI SEGUENTI 12 MESI

- GENNAIO 20__
- FEBBRAIO 20__
- MARZO 20__
- APRILE 20__
- MAGGIO 20__
- GIUGNO 20__
- LUGLIO 20__
- AGOSTO 20__
- SETTEMBRE 20__
- OTTOBRE 20__
- NOVEMBRE 20__
- DICEMBRE 20__

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

(da non presentare se già allegata a precedenti domande)

- Certificato rilasciato dalla competente commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap del soggetto, o, per le persone con sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato – legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94) o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero
- Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)
- Altro (indicare) _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere degli eventuali benefici ottenute con l'autocertificazione.

Si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda.

Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- L'eventuale ricovero del richiedente, lavoratore in condizione di handicap grave presso istituti specializzati
- La revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL
- Le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- La fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari

Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi del D.Lgs 196/2003, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente alla richiesta:

1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei propri dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione di dei propri dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri

enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Data _____

Firma _____
(del/della richiedente o del suo rappresentate legale)

Presa Visione il _____

Il Responsabile _____