

Al **Servizio Risorse Umane**
Provincia di Lecce
Via Umberto I n.13
73100 - Lecce

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via _____ n. _____
dipendente a tempo indeterminato della Provincia di Lecce, con matricola n. _____ ed in
servizio presso _____ Tel. _____
email _____

chiede

In qualità di:

- ☐ Genitore della persona disabile minore di tre anni;
- ☐ Genitore della persona disabile maggiore di tre anni;
- ☐ Coniuge, parente o affine fino al secondo grado di una persona con disabilità;
- ☐ Parente o affine fino al terzo grado di una persona con disabilità;
- ☐ Disabile lavoratore richiedente i permessi

ai sensi dell'art.33 della Legge 104/1992 e s.m. e i., di essere ammesso alla fruizione del
beneficio del permesso mensile retribuito quale referente per l'assistenza del proprio
familiare Sig. _____ nato a _____ il _____ e
residente a _____ in Via _____ n. _____
C.F. _____, portatore di handicap in situazione di gravità,
riconosciuto ai sensi dell'art.3, comma 3, ed accertato ai sensi dell'art. 4 della legge sopra
indicata dalla Commissione medico legale dell'ASL di _____ con verbale del
_____ oppure con attestazione provvisoria, redatta in data _____ dal medico
specialista dell'ASL di _____ ai sensi dell'art. 2, comma 2 del D.L. 27/8/93 n. 324,
convertito in L. 27/10/93 n. 423

si obbliga a trasmettere

1. nei casi di giudizio o attestazione provvisori, il verbale contenente il giudizio definitivo
di accertamento della situazione di handicap espresso dal competente ufficio INPS,
consapevole che, in caso di provvedimento definitivo negativo, i permessi eventualmente
fruiti nelle more di detto provvedimento, saranno convertiti in altro tipo di permessi/ferie;
2. entro e non oltre il mese di gennaio di ogni anno:
 - certificazione o autocertificazione attestante il permanere delle condizioni e requisiti
necessari per poter fruire del beneficio dei permessi mensili retribuiti a pena della
sospensione del beneficio di cui trattasi;
 - dichiarazione attestante che da parte dell'ASL non si è proceduto a rettifica o non è
stato modificato il giudizio relativo alla gravità dell'handicap a pena della
sospensione dei benefici di cui trattasi.

Allegati: _____

Luogo e data _____

Il /La Dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

1. Che l'ASL di _____ nella seduta del _____ ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____
(data adozione/affido e n. del provvedimento _____) nato a _____
il _____ e residente a _____, in Via / Piazza _____

2. *(solo se il disabile è parente o affine di terzo grado)*

Che i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità, legata al richiedente da rapporto di parentela o affinità entro il terzo grado hanno (barrare la casella):

- ☐ compiuto i sessantacinque anni di età,
- ☐ sono anche essi affetti da patologie invalidanti
- ☐ sono deceduti o mancanti.

3. Che la persona per la quale vengono richiesti i permessi (barrare la casella)

- ☐ non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- ☐ è ricoverata a tempo pieno e si trova in stato di coma vigile e/o in situazione terminale;
- ☐ è minore ricoverato a tempo pieno per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

4. Che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap *ovvero l'assistenza è assicurata in alternanza con altro referente (indicare Cognome e Nome e grado di parentale con il disabile)*

5. Di prestare un'assistenza sistematica ed adeguata alla persona sopra indicata, per la quale sono chieste le agevolazioni ovvero chiede le agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;

6. 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;

7. 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;

8. Di impegnarsi a comunicare, immediatamente, eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75, 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445;

9. Di essere consapevole che la giustificazione dell'assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa prevede la comminazione del licenziamento, la reclusione e la

multa, oltre l'obbligo del risarcimento del danno patrimoniale e del danno all'immagine subiti dall'amministrazione (artt. 55 quater, comma 1, lett. a e 55 quinquies, commi 1 e 2, del D.Lgs. n. 165 del 2001).

DA COMPILARE IN CASO DI GENITORI CHE ASSISTONO UN FIGLIO IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE

Il sottoscritto _____ dichiara che l'altro genitore _____
(barrare la casella):

- ☐ beneficia
- ☐ non beneficia

dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore)

Luogo e Data _____

Il /La Dichiarante
