

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**

ai sensi dell'art.33 della Legge 104/1992 e s.m. e i., di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito ivi previsto in quanto 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

\_\_\_\_\_