

ALLA U.O.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE  
- POLICLINICO TOR VERGATA

**OGGETTO: richiesta permessi ai sensi dell'art. 33 Legge 104/92 per assistenza a familiare  
disabile.**

(compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile;  
moduli compilati in modo incompleto non saranno presi in considerazione)

**DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_\_ in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. abitazione/cell  
\_\_\_\_\_ tel. posto lavoro \_\_\_\_\_ in servizio presso (Dip.to/Servizio)  
\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_  
**indicare se:** a tempo determinato/indeterminato e/o tempo pieno/ridotto/part-time<sup>(1)</sup>  
\_\_\_\_\_ assunt\_ in data \_\_\_\_\_  
matricola \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di potere fruire a partire dal mese di \_\_\_\_\_ dei permessi mensili (**n.** \_\_\_\_\_) per assistere il proprio familiare (parente o affine entro il 2° grado ovvero entro il 3° grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti), il quale è stato riconosciuto portatore di "handicap grave" (art. 3, co. 3, legge 104/92).

precisa che il familiare da assistere è suo/a<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> in caso di part-time indicare se lo stesso è di tipo verticale o orizzontale, la percentuale di attività svolta ed il numero di giorni lavorati (v. provvedimento di concessione del part-time), **per poter procedere a riproporzionare i permessi spettanti**

<sup>(2)</sup> indicare la tipologia e il grado di parentela o di affinità. In caso di nipote va specificato se figlio di sorella/fratello del proprio genitore o nipote del proprio nonno/nonna

## INOLTRE

consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per le dichiarazioni mendaci e false rese ai sensi dall'art.76 del DPR 445/2000

## DICHIARA

- di impegnarsi a comunicare **con la massima tempestività** ogni eventuale variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni e/o che possa interessare la fruizione del beneficio (cessazione/rinnovo) ed a confermare annualmente, **entro e non oltre il 15 dicembre di ogni anno**, la sussistenza delle condizioni necessarie per la concessione dei permessi, consapevole che in assenza di tale comunicazione decadrà dal beneficio;
- di assistere il/la Sig. \_\_\_\_\_ per le necessità connesse alla sua situazione di handicap grave;
- che la distanza tra la propria residenza e quella del portatore di handicap in situazione di gravità (**barrare la casella che interessa**):
  - è inferiore a 150 km
  - è superiore a 150 km (in tal caso occorre attestare con titolo di viaggio ovvero altra documentazione idonea il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito)
- **che i familiari o affini in linea retta o collaterale entro il 2° grado, ovvero entro il 3° grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, conviventi e non conviventi con il portatore di handicap in situazione di gravità, che rinunciano al beneficio sono i seguenti:**

1) *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_  
*Data di nascita* \_\_\_\_\_ *Residenza* \_\_\_\_\_  
*Grado di parentela* \_\_\_\_\_  
*Impiegato/a presso* \_\_\_\_\_  
*Recapito del posto di lavoro per eventuali controlli* \_\_\_\_\_

2) *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_  
*Data di nascita* \_\_\_\_\_ *Residenza* \_\_\_\_\_  
*Grado di parentela* \_\_\_\_\_  
*Impiegato/a presso* \_\_\_\_\_  
*Recapito del posto di lavoro per eventuali controlli* \_\_\_\_\_

3) *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_  
*Data di nascita* \_\_\_\_\_ *Residenza* \_\_\_\_\_  
*Grado di parentela* \_\_\_\_\_  
*Impiegato/a presso* \_\_\_\_\_  
*Recapito del posto di lavoro per eventuali controlli* \_\_\_\_\_

4) *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_  
*Data di nascita* \_\_\_\_\_ *Residenza* \_\_\_\_\_  
*Grado di parentela* \_\_\_\_\_  
*Impiegato/a presso* \_\_\_\_\_  
*Recapito del posto di lavoro per eventuali controlli* \_\_\_\_\_

5) *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_  
*Data di nascita* \_\_\_\_\_ *Residenza* \_\_\_\_\_  
*Grado di parentela* \_\_\_\_\_  
*Impiegato/a presso* \_\_\_\_\_  
*Recapito del posto di lavoro per eventuali controlli* \_\_\_\_\_

6) *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_  
*Data di nascita* \_\_\_\_\_ *Residenza* \_\_\_\_\_  
*Grado di parentela* \_\_\_\_\_  
*Impiegato/a presso* \_\_\_\_\_  
*Recapito del posto di lavoro per eventuali controlli* \_\_\_\_\_

7) *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_  
*Data di nascita* \_\_\_\_\_ *Residenza* \_\_\_\_\_  
*Grado di parentela* \_\_\_\_\_  
*Impiegato/a presso* \_\_\_\_\_  
*Recapito del posto di lavoro per eventuali controlli* \_\_\_\_\_

8) *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_  
*Data di nascita* \_\_\_\_\_ *Residenza* \_\_\_\_\_  
*Grado di parentela* \_\_\_\_\_  
*Impiegato/a presso* \_\_\_\_\_  
*Recapito del posto di lavoro per eventuali controlli* \_\_\_\_\_

Roma, li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DELLA PERSONA DISABILE (da compilare obbligatoriamente)**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ residente a (città) \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
cap. \_\_\_\_\_ tel. Abitazione/cell \_\_\_\_\_

**consapevole delle responsabilità anche penali e disciplinari per le dichiarazioni mendaci e false rese ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000**

**DICHIARA**

DI ESSERE RICOVERAT\_\_ A TEMPO PIENO **SI** **NO**

DI SVOLGERE ATTIVITA' LAVORATIVA **SI** (in tal caso indicare datore di lavoro e recapito:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

**NO**

DI ESPRIMERE CON LA PRESENTE IL CONSENSO ALL'UTILIZZO DEI PROPRI DATI SENSIBILI RELATIVI AL PROPRIO STATO DI SALUTE E LA LORO TRASMISSIONE AGLI ENTI ISTITUZIONALMENTE PREPOSTI ALLA TRATTAZIONE DELLA MATERIA (ARTT. 10 E 13 DELLA LEGGE N.675/96 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI).

Data \_\_\_\_\_

Firma disabile \_\_\_\_\_

**Allegati**

- copia del verbale della ASL \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ di riconoscimento dell'handicap grave, corredata di dichiarazione di conformità all'originale ai sensi del D.P.R. 445/2000 resa dal dipendente, nonché di fotocopia di un documento d'identità del dipendente medesimo.