

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 figlio 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**

Il 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**

(barrare e compilare la lettera che interessa;

in caso di scelta per la riduzione oraria è necessaria il visto del responsabile)

A. di optare, fino al compimento del terzo anno di vita del figlio, per la riduzione oraria a partire dal mese di \_\_\_\_\_ prevista dall'art. 33 legge 104/92 per assistere il proprio figlio/a, il quale è stato riconosciuto/a portatore di "handicap grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3.

(indicazione riduzione oraria<sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_)

Visto del Resp.le per accettazione

(in caso di opzione per riduzione oraria)

\_\_\_\_\_

B. di optare dei permessi mensili ( n. \_\_\_\_\_ ) a partire dal mese di \_\_\_\_\_ per assistere il proprio figlio/a, il quale è stato riconosciuto/a portatore di "handicap grave" (art. 3, comma 3 legge 104/92).

<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 dettagliatamente l'orario e l'eventuale flessibilità inerenti la riduzione oraria

- C. di optare per il prolungamento del congedo parentale per un periodo totale massimo di 36 mesi, sino al compimento dell'ottavo anno di vita del figlio/a il quale sia stato riconosciuto/a portatore di "handicap grave" (art. 3, comma 3 legge 104/92), mediante compilazione dell'apposita modulistica.

**DATI DEL FIGLIO/A DISABILE (da compilare obbligatoriamente da parte del genitore)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nat \_\_ in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente a (città) \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

tel. Abitazione/cell \_\_\_\_\_.

**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 consegue 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 per la concessione dei permessi, consapevole che in assenza di tale comunicazione decadrà dal beneficio;

• di assistere il/la proprio figlio/a \_\_\_\_\_ 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)

• di fruire dei benefici previsti in alternanza con l'altro genitore **SI NO**

• che il figlio/a è ricoverat\_\_ a tempo pieno **SI NO**

- che il figlio/a svolge attività lavorativa **SI** (in tal caso indicare datore di lavoro e recapito:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ )

**NO**

- di esprimere con la presente il consenso all'utilizzo dei dati sensibili relativi allo stato di salute del figlio e la loro trasmissione agli enti istituzionalmente preposti alla trattazione della materia (artt. 10 e 13 della legge n.675/96 e successive modificazioni).

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

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

### **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.