

## POLICLINICO TOR VERGATA

ALLA UOC GESTIONE E SVILUPPO  
RISORSE UMANE

**OGGETTO:** richiesta permessi ai sensi dell'art. 33 co. 3 Legge 104/92 e dell'art. 34, comma 7 dell'ACN 31/03/2020 - per assicurare la continuità dell'assistenza a persona portatore di handicap grave.

<b>DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE</b>
--

\_\_l\_\_ sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
nat\_\_ in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
abitante in Via \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. abitazione/cell \_\_\_\_\_  
titolare di rapporto convenzionato ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e le altre professionalità ambulatoriali a tempo indeterminato  
Branca/Disciplina \_\_\_\_\_ presso la  
UOC/Struttura \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_

**(compilare in ogni sua parte)**

### CHIEDE

di fruire dei permessi mensili nel limite di **tre giorni**, per incarichi a 38 ore settimanali, eventualmente riproporzionati, per assistere il proprio figlio/a, parente o affine entro il 2° grado ovvero 3° grado secondo quanto previsto dal co. 3 dell'art. 33 legge 104/92 e s.m.i., al quale è stato riconosciuto un handicap in situazione di gravità.

## INOLTRE

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. sulle responsabilità amministrative, civili e penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato;

## DICHIARA

(ex art. 47 del D.P.R. 445/00 e s.m.i.)

- di comunicare ogni eventuale fatto 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 *essere/non essere* convivente con il portatore di handicap in situazione di gravità;  
(*barrare la parte non interessata*)
- che qualora risieda in un comune situato a distanza stradale superiore a 150 Km rispetto a quello di residenza del portatore di handicap in situazione di gravità provvederà ad attestare, con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito (D. Lgs. n. 119 del 18 luglio 2011);
- che comunque non vi è altro familiare o affine, convivente e non convivente con il portatore di handicap in situazione di gravità, che fruisca di tali permessi;
- che la persona portatore di handicap non risulta essere ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che la persona portatore di handicap non svolge attività lavorativa;
- <sup>(1)</sup> che la persona portatore di handicap è \_\_\_\_\_
- **esclusivamente nel caso in cui è stata presentata domanda per il riconoscimento dei benefici di cui all'art. 33 comma 3 della L. 104/92 e s.m.i. e non si è ancora in possesso del verbale della Commissione ASL competente/INPS**, di impegnarsi, appena in possesso del relativo verbale, a produrre, presso questo ufficio, la dichiarazione di conformità all'originale (ex art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.), della copia del verbale medesimo.

<sup>(1)</sup> indicare la tipologia e il grado di parentela o di affinità.

- DI ESPRIMERE CON LA PRESENTE IL CONSENSO ALL'UTILIZZO DEI SUDETTI DATI SENSIBILI RELATIVI ALLO STATO DI SALUTE DEI PROPRI FAMILIARI ESCLUSIVAMENTE PER GLI ADEMPIMENTI PREVISTI DALLA LEGGE 104/92 (AI SENSI DEL D.Lgs 196/03)

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

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

**N.B.:** IL PRESENTE MODELLO DEVE ESSERE COMPILATO DAL MEDICO SPECIALISTA O PROFESSIONISTA CHE ASSISTE LA PERSONA DISABILE.

## DICHIARA 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, che i dati relativi al portatore di handicap in situazione di gravità (comma 3 art. 33 legge 104/92) sono i seguenti:**

(1)Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

### DICHIARA ANCORA (ex art. 47 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

che la copia del Verbale della "Commissione per l'accertamento dell'Handicap" è conforme all'originale in proprio possesso<sup>2)</sup>

---

- (1) indicare le generalità della persona affetta da handicap in situazione di gravità;  
(2) allegare copia di un documento di riconoscimento del titolare del rapporto convenzionato.

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

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

**Dichiara inoltre che i familiari o affini in linea retta o collaterale entro il 2° grado ovvero 3° grado, secondo quanto previsto dal comma 1, lett. a) art. 24 della L. 183/2010, conviventi o 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* \_\_\_\_\_

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

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