

AI DIRETTORE
AREA GESTIONE RISORSE UMANE
E p.c.: AL DIRETTORE del
Loro sedi

⌘ **PERMESSI ART.33 LEGGE104/92 così come modificato dall'art.24 comma 1 lett.a) e comma 2 lett.a e b) della L.4/11/2010 n.183 e dalla Circolare N.13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica**

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME _____ data nascita _____

RESIDENZA _____ Via _____ Tel. _____

QUALIFICA _____ Sede Servizio _____

Tempo pieno

Tempo determinato

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

COGNOME _____ NOME _____ data nascita _____

RESIDENZA _____ Via _____

Portatore di handicap grave accertato dall'ASL di _____ in data _____

RAPPORTO DI PARENTELA o affine entro il 2° grado CON IL RICHIEDENTE

RICOVERATO A TEMPO PIENO SI NO

RICOVERATO A TEMPO PIENO presso istituti specializzati SI NO

CONVIVENTE SI NO

IN CASO DI CONVIVENZA PRECISARE LO STATO DI FAMIGLIA

cognome e nome	data e luogo di nascita	attività
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Avvertenze:

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità (Allegato "A"). Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica.
- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B").

- di essere l'unico referente e quindi l'unica persona in grado di prestare la dovuta assistenza al soggetto in condizione di handicap grave;
- Non vi sono altri familiari in grado di prestare la dovuta assistenza al portatore di handicap;
- non è possibile soddisfare le esigenze di assistenza al familiare portatore di handicap nel limite dei tre giorni di permesso mensile;

IN CASO DI NON CONVIVENZA INDICARE

► Precisare lo stato di famiglia del portatore di handicap

cognome e nome	data di nascita	Rapporto di parentela	Professione*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

* nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di inabilità lavorativa a 100% o invalidità civile superiore ai 2/3, vanno comunque allegate le relative certificazioni.

Avvertenze:

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità (Allegato "A"). Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica.
- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B").

- Dichiaro, inoltre che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap.

ELENCO ALTRI FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP FINO ALLO STESSO GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE: 1° grado e affine; 2° grado e affine; ovvero entro il 3° grado e affine
 Qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

cognome e nome	data di nascita	Rapporto di parentela	Professione
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Avvertenza:

- In caso di presenza di altri familiari lavoratori deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B").

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità.

Inoltre, dichiara di essere consapevole che le Amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di falso, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che dovessero intervenire nella situazione sopra descritta.

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità (non autenticato)

ALLEGATI

Certificato rilasciato dall'ASL attestante lo stato di "handicap grave".

Altra documentazione: _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
in _____ prov. _____, e residente in _____
in via/piazza _____, n° _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Il dichiarante

Li _____

Si allega fotocopia di documento di identità (non autenticato).

INFORMATIVA (art. 10 L. 675/1996)

L'Azienda Sanitaria Locale Ba informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte della Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto della L. 675/1996. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda ASL BA.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
 in _____ prov. _____ e residente in _____
 in via/piazza _____ n° _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- di essere lavoratore dipendente presso _____
 Via _____ n. _____ città _____
- Altro: _____
(specificare attività)
- Dichiaro, inoltre, di non usufruire di permessi di cui all'art. 33 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 per l'assistenza al familiare _____

Il dichiarante

Li _____

Si allega fotocopia di documento di identità (non autenticato).

INFORMATIVA (art. 10 L. 675/1996)

L'Azienda Sanitaria Locale Ba informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte della Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto della L. 675/1996. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda ASL BA.

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

in _____ prov. _____ e residente in _____

in via/piazza _____ n° _____

*Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità***DICHIARA QUANTO SEGUE:**

- di essere persona "disabile in situazione di gravità";
- di designare quale "referente unico per l'assistenza alla persona" il Sig. _____
_____ nato il _____ dipendente della ASL BARI in servizio c/o

Il dichiarante

Li _____

Si allega fotocopia di documento di identità (non autenticato).

INFORMATIVA (art. 10 L. 675/1996)

L'Azienda Sanitaria Locale Ba informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte della Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto della L. 675/1996. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda ASL BA.

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Data _____ Firma _____