

Servizio Unico Gestione Economico Operativa del Personale

Richiesta Beneficio ex articolo 33, comma 3° Legge N.104/1992 e successive modificazioni, per parenti/affini entro 2° grado

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ il _____
 residente a _____ cap _____
 via _____ n. _____
 domiciliato/a a _____ cap _____
 via _____
 qualifica _____
 assegnato/a all'Unità Operativa _____

Responsabile/Coordinatore _____

- DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO
- TEMPO PIENO
- PART-TIME ORIZZONTALE PER ORE _____ SETTIMANALI
- PART-TIME VERTICALE PER GIORNI _____ PER ORE _____ TOTALI SETTIMANALI

CHIEDE

DI POTER FRUIRE **DEI PERMESSI GIORNALIERI MENSILI (MAX 3 gg.)**, PREVISTI DALL'ART. 33 COMMA 3 LEGGE 104/92 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, PER POTER ASSISTERE IL SEGUENTE FAMILIARE (CONIUGE/PARENTE/AFFINE ENTRO IL II° GRADO) PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA':

grado di parentela/affinità (barrare una delle seguenti caselle):

- | <input type="checkbox"/> CONIUGE | <input type="checkbox"/> PARENTI | <input type="checkbox"/> AFFINI |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> parte UNIONE CIVILE | <input type="checkbox"/> padre/madre | <input type="checkbox"/> suocero/a |
| <input type="checkbox"/> CONVIVENTE DI FATTO | <input type="checkbox"/> figlio/figlia | <input type="checkbox"/> cognato/a |
| | <input type="checkbox"/> fratello/sorella | |
| | <input type="checkbox"/> nonno/a | |
| | <input type="checkbox"/> nipote (figlio del figlio) | |

DATI RIFERITI AL DISABILE:

COGNOME _____ NOME _____

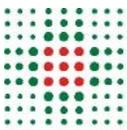
LUOGO DI NASCITA _____ DATA _____

RESIDENZA _____

VIA _____ N. _____

• **DOMICILIO** _____

VIA _____ N. _____



- HANDICAP GRAVE ACCERTATO DALLA COMPETENTE COMMISSIONE IN DATA

EVENTUALE REVISIONE PREVISTA PER IL _____

NON SVOLGE ATTIVITA' LAVORATIVA

SVOLGE ATTIVITA' LAVORATIVA (dipendente, a contratto...) _____

PRESSO _____

CON SEDE A _____ VIA _____

CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO/A TEMPO DETERMINATO FINO AL _____

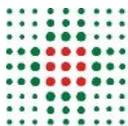
BENEFICIARIO A PROPRIA VOLTA DEI MEDESIMI PERMESSI SI NO

In caso di risposta affermativa indicare:

PERMESSI MENSILI

RIDUZIONE ORARIA GIORNALIERA

- STATO CIVILE:
- CONIUGATO/A – UNITO CIVILMENTE;
 - CONVIVENTE PER LE COPPIE DI FATTO (iscrizione nel registro delle coppie di fatto dal _____ del Comune di _____);
 - SEPARATA/O
 - DIVORZIATO/A
 - VEDOVO/A;
 - CELIBE/NUBILE



IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

(barrare tutte le dichiarazioni per conferma di lettura)

- CHE IL DISABILE DA ASSISTERE NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO (PER LE INTERE 24 ORE) PRESSO STRUTTURE OSPEDALIERE O COMUNQUE STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE CHE ASSICURANO ASSISTENZA SANITARIA

- DI PRESTARE ASSISTENZA AL DISABILE PER IL QUALE RICHIEDE LE AGEVOLAZIONI:
 - QUALE REFERENTE UNICO

 - IN REGIME ALTERNATO CON

SIG./SIG.RA _____

NATO/A A _____ IL _____

GRADO DI PARENTELA O DI AFFINITA' _____

ATTIVITA' LAVORATIVA _____

PRESSO _____

RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO/ DETERMINATO FINO AL _____

CON SEDE A _____ VIA _____

- DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE AGEVOLAZIONI RICHIESTE SONO UNO STRUMENTO DI ASSISTENZA AL DISABILE E PERTANTO IL RICONOSCIMENTO DELLE STESSE COMPORTA LA CONFERMA DELL'IMPEGNO MORALE, OLTRE CHE GIURIDICO, A PRESTARE EFFETTIVAMENTE LA PROPRIA ASSISTENZA;
- DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA POSSIBILITA' DI FRUIRE DI DETTE AGEVOLAZIONI COMPORTA UN ONERE PER L'AMMINISTRAZIONE E UN IMPEGNO DI SPESA PUBBLICA CHE LO STATO E LA COLLETTIVITA' SOPPORTANO SOLO PER LA TUTELA DEL DISABILE;
- DI AVER INFORMATO DELLA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE ISTANZA IL COORDINATORE DELL'U.O. / RESPONSABILE DEL SERVIZIO;
- ESISTONO ALTRI FAMILIARI, I QUALI PERO' NON UTILIZZANO I PERMESSI IN ARGOMENTO RIFERITI AL MEDESIMO DISABILE (indicare il coniuge, i parenti e gli affini entro il II° grado):

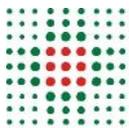
Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

grado di parentela / affinità col disabile _____

- lavoratore autonomo;
- non svolge alcuna attività lavorativa (casalinga/in attesa di occupazione/pensionato);
- lavoratore dipendente presso _____

con sede in _____ via _____



Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

grado di parentela / affinità col disabile _____

- lavoratore autonomo;
- non svolge alcuna attività lavorativa (casalinga/in attesa di occupazione/pensionato);
- lavoratore dipendente presso _____
con sede in _____ via _____

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

grado di parentela / affinità col disabile _____

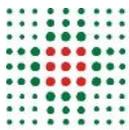
- lavoratore autonomo;
- non svolge alcuna attività lavorativa (casalinga/in attesa di occupazione/pensionato);
- lavoratore dipendente presso _____
con sede in _____ via _____

LE DICHIARAZIONI DI CUI SOPRA SONO RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000 ED IL DICHIARANTE È CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE O COMUNQUE NON CORRISPONDENTI AL VERO, DICHIARA CHE QUANTO SOTTOSCRITTO RISPONDE A VERITÀ'.

È INOLTRE CONSAPEVOLE CHE LE AMMINISTRAZIONI SONO TENUTE A CONTROLLARE LA VERIDICITÀ' DELLE DICHIARAZIONI E CHE IN CASO DI DICHIARAZIONE FALSA, CHI L'HA SOTTOSCRITTA DECADE DAGLI EVENTUALI BENEFICI OTTENUTI.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE, OGNI VARIAZIONE DELLA SITUAZIONE DI FATTO O DI DIRITTO DA CUI CONSEGUA LA PERDITA DELLA LEGITTIMAZIONE ALLE AGEVOLAZIONI, ED IN PARTICOLARE:

- RICOVERO A TEMPO PIENO (ovvero per le intere 24 ore presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa) DEL DISABILE, con esclusione delle eccezioni previste dalla Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 13 del 06/12/2010;
- DECESSO DEL DISABILE;
- MODIFICA DELLA MODALITÀ' DI FRUIZIONE DEI PERMESSI
- REVOCA O CONFERMA DEL GIUDIZIO DI GRAVITÀ' DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ' DA PARTE DELLA COMMISSIONE MEDICA COMPETENTE INTERVENUTA A SEGUITO DI EMISSIONE DI VERBALE DEFINITIVO O DI REVISIONE DEL VERBALE O DI ALTRO ACCERTAMENTO PREVISTO;
- MODIFICHE RIGUARDANTI VARIAZIONI DI RESIDENZA/DOMICILIO, ATTIVITÀ' LAVORATIVA DEL DISABILE.



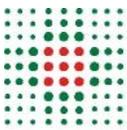
LA MANCATA COMUNICAZIONE DEGLI EVENTI DI CUI SOPRA COSTITUISCE DICHIARAZIONE IMPLICITA DELL'ASSENZA DI MODIFICAZIONI INTERVENUTE E LA PRESENTE COSTITUISCE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO AI SENSI DEL GIA' CITATO D.P.R. 445/2000.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA ALTRESI', A FORNIRE TUTTI GLI ELEMENTI UTILI CHE POTRANNO CONSENTIRE AL DATORE DI LAVORO LA VERIFICA DELLA VERIDICITA' DI QUANTO AFFERMATO.

DATA _____

FIRMA _____

Informativa sul trattamento dei dati personali: ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente, in particolare dal Regolamento Europeo n. 2016/679, dal D.lgs. 196/2003 s.m.i., La informiamo che tutti i dati personali raccolti per l'istruzione del presente procedimento sono inseriti in archivi sia elettronici che cartacei e sono trattati sia con modalità informatiche che analogiche dai soli operatori autorizzati del settore amministrativo che segue il procedimento. I dati non saranno in nessun caso diffusi e verranno utilizzati solo per dar corso ai rapporti già in essere ed agli adempimenti connessi. Qualunque richiesta di chiarimenti potrà essere indirizzata al medesimo Responsabile del Procedimento. Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena con sede in Via Del Pozzo, 71, 41124 Modena. E' riconosciuto l'esercizio dei diritti previsti al Capo III del GDPR n. 2016/679. Si informa inoltre che i dati personali e particolari, saranno trattati anche nell'ambito dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio ai sensi della normativa vigente.



DICHIARAZIONE PER IL DOPPIO BENEFICIO PER FAMILIARI

DA COMPILARE SOLO DAI DIPENDENTI CHE HANNO GIA' OTTENUTO DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE AUTORIZZAZIONE AI PERMESSI LEGGE 104/92 PER ASSISTERE ALTRO DISABILE:

- IL/LA SOTTOSCRITTO/a DICHIARA DI AVERE GIA' RICHIESTO ED OTTENUTO AUTORIZZAZIONE ALLA FRUIZIONE DEL BENEFICIO DI CUI ALLA LEGGE 104/92 A FAVORE DEL DISABILE _____ GRADO DI PARENTELA/AFFINITA' _____, CHE NON VI SONO ALTRI FAMILIARI IN GRADO DI PRENDERSI CURA DELLO STESSO E CHE NON E' POSSIBILE SODDISFARE LE ESIGENZE DI ASSISTENZA DEI DISABILI NEL LIMITE DEI TRE GIORNI MENSILI.

DA COMPILARE QUALORA IL RADDOPPIO RIGUARDI UN PARENTE/ AFFINE ENTRO IL II° GRADO

- I GENITORI DEL FAMILIARE PER CUI SI RICHIEDONO I PERMESSI SONO:
 - ULTRASESSANTACINQUENNI
 - DECEDUTI
 - AFFETTI DA PATOLOGIE INVALIDANTI
 - MANCANTI

- IL FAMILIARE PER CUI SI RICHIEDONO I PERMESSI NON È CONIUGATO.

DATA _____

FIRMA _____