

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 3° 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/Servizio \_\_\_\_\_

Responsabile/Coordinatore \_\_\_\_\_

- DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO       DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO  
 TEMPO PIENO  
 PART-TIME ORIZZONTALE PER ORE \_\_\_\_\_ SETTIMANALI  
 PART-TIME VERTICALE NEI GIORNI \_\_\_\_\_ PER ORE \_\_\_\_\_ SETTIMANALI

**CHIEDE**

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

grado di parentela/affinità \_\_\_\_\_

**DATI RIFERITI AL DISABILE:**

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

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

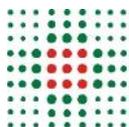
VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

HANDICAP GRAVE ACCERTATO DALLA COMPETENTE COMMISSIONE IN DATA \_\_\_\_\_

EVENTUALE REVISIONE PREVISTA PER IL \_\_\_\_\_

- NON SVOLGE ATTIVITA' LAVORATIVA  
 SVOLGE ATTIVITA' LAVORATIVA (dipendente, a contratto...) \_\_\_\_\_  
PRESSO \_\_\_\_\_





**DICHIARAZIONI E DATI DEL RICHIEDENTE:**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

CHE **IL CONIUGE\ parte di un'UNIONE CIVILE\ CONVIVENTE DI FATTO** DEL DISABILE DA ASSISTERE:

SIG. \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

- è deceduto/a in data \_\_\_\_\_;
- ha compiuto i 65 anni di età;
- è affetto/a da patologie invalidanti, come da documentazione sanitaria allegata conforme all'art. 2 del decreto interministeriale n. 278/2000;
- è mancante per assenza naturale o giuridica (celibato, stato di figlio naturale non riconosciuto) o per ogni altra condizione ad essa assimilabile, continuativa e certificata dall'autorità competente o da altra pubblica autorità (divorzio, separazione legale, abbandono, restrizione della libertà personale)

CHE I **GENITORI** DEL DISABILE DA ASSISTERE:

**PADRE** SIG. \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

- è deceduto il \_\_\_\_\_;
- ha compiuto i 65 anni di età;
- è affetto da patologie invalidanti, come da documentazione sanitaria allegata conforme all'art. 2 del decreto interministeriale n. 278/2000;
- è mancante per assenza naturale o giuridica (celibato, stato di figlio naturale non riconosciuto) o per ogni altra condizione ad essa assimilabile, continuativa e certificata dall'autorità competente o da altra pubblica autorità (divorzio, separazione legale, abbandono, restrizione della libertà personale)

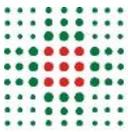
**MADRE** SIG.RA \_\_\_\_\_

NATA A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

- è deceduta il \_\_\_\_\_;
- ha compiuto i 65 anni di età;
- è affetta da patologie invalidanti, come da documentazione sanitaria allegata conforme all'art. 2 del decreto interministeriale n. 278/2000;
- è mancante per assenza naturale o giuridica (celibato, stato di figlio naturale non riconosciuto) o per ogni altra condizione ad essa assimilabile, continuativa e certificata dall'autorità competente o da altra pubblica autorità (divorzio, separazione legale, abbandono, restrizione della libertà personale)



IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

**(barrare tutte le dichiarazioni per conferma di lettura)**

- CHE IL DISABILE DA ASSISTERE NON È 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 \_\_\_\_\_ 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 ALTRESI ' 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 \_\_\_\_\_

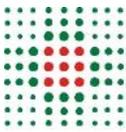
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

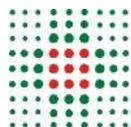
LE DICHIARAZIONI DI CUI SOPRA SONO RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000 ED IL DICHIARANTE È CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE O COMUNQUE NON CORRISPONDENTI AL VERO, DICHIARA CHE QUANTO SOTTOSCRITTO RISPONDE A VERITÀ.

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 SOTTOSCRITTA SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE, OGNI VARIAZIONE DELLA SITUAZIONE DI FATTO O DI DIRITTO DA CUI CONSEGU 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;
- 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 GIÀ CITATO D.P.R. 445/2000.



IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA ALTRESI', A FORNIRE TUTTI GLI ELEMENTI UTILI CHE POTRANNO CONSEN-  
TIRE 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. È 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.