

OGGETTO: Richiesta concessione benefici di cui all'art. 33, comma 3 o 6, L.104/1992

Il/la sottoscritto/a

nato/a a

il

e residente a

in via

Cod.fisc.

cell.

dipendente in servizio presso in qualità di

CHIEDE

di essere autorizzato/a a fruire dei permessi retribuiti ai sensi dell'art. 33, comma 3 o 6, L.104/1992, per

☐ se stesso

☐ assistere il/la proprio/a, le cui generalità sono di seguito indicate
(indicare il rapporto di coniugio/parentela/affinità)

COGNOME

NOME

NATO/A A

IL

RESIDENTE A

IN VIA

COD. FISC.

RAPPORTO PARENTELA:

A tal fine allega la seguente documentazione:

- ☐ Copia del verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave (art. 3, co. 3, L. 104/92), rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS, relativo a se stesso o al familiare da assistere;
- ☐ Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente/dichiarante;
- ☐ Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità dell'assistito/a.

Luogo e data

FIRMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 21 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto _____ nato a _____ (____) il
_____, residente a _____ (____) in _____

codice fiscale _____

in qualità di _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000;

sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

- ☐ che la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili (pubbliche o private) che assicurano assistenza sanitaria continuativa;
- ☐ di essere il referente unico;
- ☐ di usufruire del congedo, alternativamente, al/i seguente/i avente/i diritto:

COGNOME

NOME

(in tal caso dichiarare, per ogni giornata di assenza richiesta, che l'altro avente diritto non ne abbia usufruito e le giornate nell'arco dello stesso mese di cui ha già usufruito MASSIMO 3 GG AL MESE TOTALI)

Il richiedente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n. 196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

FIRMA

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.