Al Responsabile dell’Area Risorse Umane

[ufficio.pta@unimc.it](mailto:ufficio.pta@unimc.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ settore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede**

di usufruire ai sensi dell’art. 33, c. 3, L. 104/92 dei giorni di permesso mensile (massimo tre), per assistere:

cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_, il cui stato di handicap in situazione di gravità è stato accertato dalla Commissione (art. 4, c. 1, L. 104/1992) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, come da documentazione allegata.

A tale fine, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti dal provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del DPR 28.12.2000 n. 445,

**D I C H I A R A**

*(barrare le voci d’interesse)*

* che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
* che un altro familiare beneficia alternativamente dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi:

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente pubblico *□* NO *□* SI (se SI indicare Amministrazione di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

* che nessun altro familiare beneficia del congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
* che un altro familiare beneficia del congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
* che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno;
* che la persona disabile in situazione di gravità è ricoverata a tempo pieno, ma i sanitari della struttura hanno richiesto la propria presenza.
* che la persona disabile in situazione di gravità è dipendente pubblico *□* NO *□* SI (se SI indicare Amministrazione di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ed il tipo di contratto *□* tempo determinato – *□* tempo indeterminato).

Dichiara di essere nella seguente relazione con la persona disabile:

*(barrare la voce d’interesse)*

* coniuge;
* parte di un'unione civile ai sensi dell'articolo 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76; convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36, della legge 20 maggio 2016, n. 76;
* parente entro il secondo grado (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* affine entro il secondo grado (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* parente/affine di terzo grado della persona disabile, con la seguente situazione:
  + - i genitori della persona disabile mancano o sono deceduti
    - il coniuge della persona disabile manca o è deceduto
    - l’altra parte dell’unione civile o il convivente di fatto manca o è deceduto
    - i genitori della persona disabile sono affetti da patologie invalidanti (\*)
    - il coniuge della persona disabile è affetto da patologie invalidanti (\*)
    - l’altra parte dell’unione civile o il convivente di fatto è affetto da patologie invalidanti (\*)
    - i genitori della persona disabile hanno compiuto i sessantacinque anni di età
    - il coniuge della persona disabile ha compiuto i sessantacinque anni di età
    - l’altra parte dell’unione civile o il convivente di fatto ha compiuto i sessantacinque anni di età.

Dichiara di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e che, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell’impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza.

Dichiara di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l’amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l’effettiva tutela del disabile.

Dichiara di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alla fruizione delle agevolazioni.

*(\*) Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate dall’art. 2 del Decreto interministeriale n. 278 del 21.7.2000. In tale caso deve essere allegata idonea documentazione del medico specialista del SSN o con esso convenzionato*

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo) (data)

**Alla presente dichiarazione, se spedita anche via fax o consegnata tramite un incaricato, va allegata copia fotostatica del documento di identità.**