

	Amministrazione destinataria Comune di Desio Ufficio destinatario Risorse umane	
---	--	--

Domanda permesso Legge 104/92 per famigliari di persona con handicap in situazione di gravità

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	
dipendente di questa amministrazione					
Qualifica		Categoria		Servizio	
Rapporto di lavoro					
<input type="radio"/>	full-time				
<input type="radio"/>	part-time				

CHIEDE

di usufruire dei permessi ex art. 33 Legge 104/92 per prestare assistenza

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	
rapporto di parentela					
disabilità					
Soggetta a revisione					
<input type="radio"/>	Sì				
	Date prevista di revisione				
<input type="radio"/>	no				
Ricovero					
<input type="radio"/>	ricoverato a tempo pieno presso istituto specializzato (sono fatte salve le eccezioni previste dal punto 5 della circolare del Dipartimento di Funzione Pubblica, n.13 del 06/12/2010)				
<input type="radio"/>	assistito a domicilio				

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di di essere l'unico lavoratore dipendente (soggetto legittimato in base alla normativa specifica) che utilizza i permessi in questione per prestare assistenza al soggetto disabile
- di prestare assistenza al disabile per il quale richiede l'agevolazione
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno -morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza
- 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
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni, consapevole che l'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	verbale della commissione medico-legale ASL ai sensi dell'art.4 Legge 104/92 che accerti la situazione di handicap grave
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Desio		
Luogo	Data	Il dichiarante