

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
____/____/____ e residente a _____ in via _____ n.
_____ dipendente della Regione Calabria, con matricola n. _____ ed in servizio presso il
Dipartimento _____ Settore _____ Servizio _____ Ufficio _____
_____ con sede a _____ Tel. _____ email _____

chiede

In qualità di:

- Genitore della persona disabile minore di tre anni;
- Genitore della persona disabile maggiore di tre anni;
- Coniuge, parente o affine fino al secondo grado di una persona con disabilità;
- parente o affine fino al terzo grado di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi

ai sensi dell'art.33 della Legge 104/1992 e s.m. e i., di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso mensile retribuito quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare Sig. _____, nato a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in via _____ n. _____,

C.F. _____ portatore di handicap in situazione di gravità, riconosciuto ai sensi dell'art.3 ed accertato ai sensi dell'art. 4 della legge sopra indicata dalla Commissione medico legale dell'ASP di _____ con verbale n. _____ del _____ oppure con attestazione provvisoria, redatta in data _____ dal medico specialista dell'ASP di _____ ai sensi dell'art. 2, comma 2 del D.L. 27/8/93 n. 324, convertito in L. 27/10/93 n. 423

si obbliga a trasmettere

1. nei casi di autorizzazione provvisoria il verbale definitivo di accertamento della situazione di handicap, rilasciato dalla Commissione ASP;
2. entro e non oltre il mese di gennaio di ogni anno:
 - certificazione o autocertificazione attestante l'esistenza in vita del familiare disabile per il quale si chiedono i benefici a pena della sospensione dei benefici di cui trattasi;
 - dichiarazione attestante che da parte dell'ASP non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio relativo alla gravità dell'handicap a pena della sospensione dei benefici di cui trattasi.

Allegati: _____

Luogo e data _____

Il /La Dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

1. Che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:
Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____
(data adozione/affido e n. del provvedimento _____) nato a _____
il _____ Residente a _____, in Via / Piazza _____
2. Che i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità, legata al richiedente da rapporto di parentela o affinità entro il terzo grado hanno (barrare la casella):
 - ☐ compiuto i sessantacinque anni di età,
 - ☐ sono anche essi affetti da patologie invalidanti,
 - ☐ sono deceduti o mancanti.
3. Che la persona per la quale vengono richiesti i permessi (barrare la casella):
 - ☐ non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
 - ☐ è ricoverata a tempo pieno e si trova in stato di coma vigile e/o in situazione terminale;
 - ☐ è minore ricoverato a tempo pieno per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.
4. Che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
5. Di prestare un'assistenza sistematica ed adeguata alla persona sopra indicata, per la quale sono chieste le agevolazioni ovvero chiede le agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
6. 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;
7. 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;

8. Di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445;
9. Di essere consapevole che la giustificazione dell'assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa prevede la comminazione del licenziamento, la reclusione e la multa, oltre all'obbligo del risarcimento del danno patrimoniale e del danno all'immagine subiti dall'amministrazione (artt. 55 quater, comma 1, lett. a e 55 quinquies, commi 1 e 2, del d.lgs. n. 165 del 2001).

DA COMPILARE IN CASO DI GENITORI CHE ASSISTONO UN FIGLIO IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE

Il sottoscritto _____ dichiara che l'altro genitore _____

(barrare la casella):

- ☐ beneficia
☐ non beneficia

dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore)

Luogo e Data _____

Il /La Dichiarante
