

MODELLO 104 - A02 inviare all'indirizzo e.mail: richiesta.legge104@uslcentro.toscana.it
(compilare in carattere stampatello - segnare l'opzione prescelta con una X)

DOMANDA DI PERMESSO MENSILE, AI SENSI L.104/92 e smi, FRUIBILE A GIORNI
(PER CONIUGE O PARENTI E/O AFFINI ENTRO IL 2° GRADO)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A IL _____
A _____ PROV. _____ C.F. _____ RESIDENTE IN
VIA _____ COMUNE _____
PROV. _____ RECAPITO TELEFONICO _____
E.MAIL _____ MATR.: _____
DIPENDENTE CON PROFILO PROFESSIONALE _____
IN SERVIZIO PRESSO _____ SEDE _____ TEL _____
NOME E COGNOME DEL RESPONSABILE: _____
E.MAIL DEL RESPONSABILE _____
TEL. DEL RESPONSABILE _____

CON RAPPORTO DI LAVORO:

- A TEMPO INDETERMINATO
 A TEMPO DETERMINATO
(barrare ulteriormente anche le caselle che seguono)
 A TEMPO PIENO
 A TEMPO PART-TIME :
 VERTICALE (____%) NUMERO GIORNI LAVORATI (____)
 ORIZZONTALE (____%)
 MISTO (____%)

CHIEDE di FRUIRE dei 3 GIORNI di PERMESSI RETRIBUITI MENSILI ai sensi della L. 104/92 e smi

per prestare assistenza al seguente **parente o affine entro il 2° grado**, quale portatore di HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' (art. 3 c. 3 L. 104/92 e smi), così come da verbale rilasciato da _____ (copia allegata alla presente istanza):

- Genitore
 Coniuge
 Figlio/a; figlio adottat...../affidat.....:data provvedimento di adozione/affidamento _____;
 Fratello/sorella
 Altro specificare (nonni, nipoti -figli di di figli-, suoceri, nuora, genero, cognati) _____
 Uniti civilmente (allegare dichiarazione sostitutiva di certificato di unione civile)
 Conviventi - allegare dichiarazione sostitutiva di certificato di stato di famiglia ricorrendo i requisiti e presupposti di cui all'art.1 comma 36/37 L. 76/2016 inoltre (circ. Inps 27 febbraio 2017 n.38):

- il convivente per il quale chiede i benefici di cui alla L. 104/92 è maggiorenne;

- con il convivente per il quale chiede i benefici di cui alla L. 104/92 non sussistono vincoli da rapporti di parentela, affinita' o adozione, da matrimonio o da un'unione civile.

- con il convivente per il quale chiede i benefici di cui alla L. 104/92 è unito stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale;

DATI ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____
NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____
C.F. _____ RESIDENTE IN _____
VIA _____ n. _____ COMUNE _____ PROV. _____

- lo stato di handicap in situazione di gravità del familiare risulta NON rivedibile
 lo stato di handicap in situazione di gravità del familiare risulta rivedibile: ANNO _____ MESE _____

DICHIARA

A tal fine, sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza delle sanzioni previste dal D.P.R. 445/00 e dal Codice Penale per le dichiarazioni in atti falsi e mendaci, che le notizie fornite nella presente istanza rispondono a verità:

- Che **nessun altro familiare** beneficia di periodi di congedo retribuito ai sensi del D.Lgs. n. 151/2001 e smi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- Di essere consapevole che la possibilità di fruire di detti benefici 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, in caso di esito negativo dell'accertamento di revisione dello stato di handicap in situazione di gravità, a giustificare l'assenza dal servizio ad altro titolo (ferie, recupero orario, etc);
- Di essere consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, nel caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti;
- Che le fotocopie allegate sono conformi agli originali in suo possesso ai sensi dell'art. 19 D.P.R. 445/2000;
- Di non usufruire dei permessi ex legge 104/92 per altri familiari né se stesso;
- Di usufruire **già** dei permessi ex legge 104/92 **per altro familiare** o se stesso _____ (indicare il grado del familiare/se stesso);

Nel caso di **assistenza al figlio**, barrare obbligatoriamente una delle caselle:

- Che l'**altro genitore** beneficia dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/92 e smi, per lo stesso figlio disabile, alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo previsto dalla legge (**in tal caso l'altro genitore è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di cui alla pagina seguente**);
- Che l'**altro genitore non** beneficia dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/92 e smi, per lo stesso figlio disabile;

1) per avere diritto al beneficio deve ricorrere una delle seguenti condizioni (barrare la casella che interessa)

- Che il disabile non è ricoverato/a a tempo pieno
- Che il disabile è ricoverato a tempo pieno e necessita di specifica assistenza (**allegare specifica documentazione**)

2) barrare la casella che interessa

- Che il disabile risiede in un Comune che dista **meno** di 150 KM dalla residenza del sottoscritto
- Che il disabile risiede in un Comune che dista **più di** 150 KM dalla residenza del sottoscritto
- Che il disabile risiede in un Comune che dista **più di** 150 KM dalla sede di servizio

- qualora il disabile risieda in un Comune che dista **più di 150 KM** dalla residenza (o dalla sede di servizio) il sottoscritto si impegna a consegnare mensilmente i titoli di viaggio di andata e ritorno (biglietto aereo/treno/autostradale) relativi ai giorni di fruizione al proprio Responsabile ed a trasmetterli successivamente, ai soli fini di archiviazione, all'indirizzo: richiesta.legge104@uslcentro.toscana.it

3) per avere diritto al beneficio deve ricorrere una delle seguenti condizioni (barrare la casella che interessa)

- che l'assistito **NON** è lavoratore dipendente
- che l'assistito è lavoratore dipendente e presta attività lavorativa presso _____
p.iva _____ sede _____

Sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza delle sanzioni previste dal D.P.R. 445/00 e dal Codice Penale per le dichiarazioni in atti falsi e mendaci, **DICHIARA**, altresì, che le notizie fornite nella presente istanza rispondono a verità.

SI IMPEGNA, inoltre, a comunicare immediatamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate, che fanno venir meno il diritto alla fruizione del beneficio del congedo, ed in particolare:

1. l'eventuale decesso del familiare disabile;
2. l'eventuale ricovero del familiare disabile;
3. la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della competente Commissione Medica;
4. la fruizione di congedi e/o benefici Legge 104/92 e smi, per lo stesso familiare disabile, da parte di altri conviventi;
5. Qualsiasi altra variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente istanza.

DICHIARA di essere informato, relativamente al trattamento di eventuali dati sensibili propri e del portatore di handicap per il quale ha richiesto l'assistenza, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/03 e, pertanto, acconsente, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la richiesta ed alle eventuali verifiche della modalità di fruizione.

Data _____

FIRMA _____

Documentazione da produrre obbligatoriamente alla presente istanza:

1. Certificato rilasciato dalla competente Commissione Medica attestante lo stato di gravità dell'handicap o, per i portatori di sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo");
2. Copia documento di identità della persona per la quale si richiede l'assistenza;
3. Se **altro familiare** beneficia e condivide tali permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap così come previsto dal D. Lgs 105 del 30/6/2022 occorre compilare il modulo "Ulteriore fruitore" da richiedere all'ufficio;

In caso di adozione:

- Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente;
- Adozioni internazionali: (L. 476/98) Certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di convalida presso il giudice italiano.

DICHIARAZIONE RILASCIATA DALL'ALTRO GENITORE
da compilare nel caso di assistenza ai figli

IL SOTTOSCRITTO _____,

DICHIARA

- Di usufruire** dei permessi relativi alla L. 104/92 e smi alternativamente con l'altro genitore
- Di non usufruire** dei permessi relativi alla L. 104/92 e smi alternativamente con l'altro genitore
- Di prestare attività lavorativa presso _____
p.iva _____ sede _____

FIRMA _____

allegare copia di documento d'identità del dichiarante