

**MODELLO 104 - A03 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 PARENTI E/O AFFINI DI 3° 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 di 3° 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):

Zii;

Nipoti (di fratelli/sorelle);

Altro (bisnonni,pronipoti in linea retta, zii acquisiti, nipoti acquisiti) \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_  
NATO/A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ 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 permessi 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);

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

- il disabile non è coniugato non è unito civilmente non è convivente more uxorio
- il disabile è coniugato, ma il **coniuge** è mancante perché:
  - è deceduto il \_\_\_\_\_
  - è separato legalmente o divorziato dal \_\_\_\_\_ (**allegare copia sentenza**)
  - ha oltre 65 anni
  - ha patologia invalidante  
**(allegare mod. 278 richiedere all'ufficio modello da sottoporre al medico di famiglia)**
  - il disabile è in stato di abbandono  
**(allegare copia di dichiarazione dell'autorità giudiziaria o di altra autorità)**
- il disabile è unito civilmente, ma l'unito civilmente è mancante perché:
  - è deceduto il \_\_\_\_\_
  - l'unione civile è stata sciolta \_\_\_\_\_ (**allegare copia scioglimento**)
  - ha oltre 65 anni
  - ha patologia invalidante  
**(allegare mod. 278 richiedere all'ufficio modello da sottoporre al medico di famiglia)**
  - il disabile è in stato di abbandono  
**(allegare copia di dichiarazione dell'autorità giudiziaria o di altra autorità)**
- il disabile è convivente more uxorio, ma il convivente è mancante perché:
  - è deceduto il \_\_\_\_\_
  - la convivenza risulta cessata \_\_\_\_\_ (**allegare copia dichiarazione**)
  - ha oltre 65 anni
  - ha patologia invalidante  
**(allegare mod. 278 richiedere all'ufficio modello da sottoporre al medico di famiglia)**
  - il disabile è in stato di abbandono  
**(allegare copia di dichiarazione dell'autorità giudiziaria o di altra autorità)**

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

- Che uno o entrambi i genitori del disabile sono deceduti
- Che uno o entrambi i genitori del disabile hanno oltre 65 anni
- Che uno o entrambi i genitori del disabile sono affetti da patologia invalidante (allegare documentazione sanitaria)

3) 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 a tempo pieno e necessita di specifica assistenza (**allegare specifica documentazione**)

4) 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

5) 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;**

o Altro (indicare) \_\_\_\_\_