



Mittente

.....
.....
.....

Al Dirigente del 1° Settore: "affari generali, legali e risorse umane" del Comune di Porto San Giorgio

Oggetto: domanda per fruizione di permessi per assistenza ad un familiare in condizione di disabilità grave (PERMESSI RETRIBUITI EX ART. 33, c. 3 L. 104/1992 e art. 33, c. 1,2,3 CCNL del 21/05/2018)

Il/la sottoscritto/a nato/a il a
..... e residente in
..... Via.....
(C. F.)
dipendente del Comune di Porto San Giorgio con profilo professionale
.....in servizio presso il settore

chiede

di essere ammesso alla fruizione dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per assistere il/la Sig/Sig.ra nato/a a il e residente via(C.F.....)
con la quale è nella seguente relazione di parentela:

Al fine di adempiere a quanto previsto nella circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 13 del 6/12/2010 **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,**

dichiara che:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- (solo per i parenti/affine entro il 3° grado)** lo stato di famiglia della persona da assistere è composto da : e che tali soggetti hanno compiuto i 65 anni di età o sono soggetti da patologie invalidanti
-
- che l'abitazione del familiare da assistere si trova ad una distanza di km dalla propria abitazione;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

- è 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave **non è ricoverato a tempo pieno**, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- si impegna a comunicare **tempestivamente** ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);
- dichiara che lo stato di disabilità grave dell'assistito:
 - è permanente e quindi non suscettibile di revisione;
 - è soggetto a revisione entro il.....;
- Si impegna a concordare con il proprio dirigente la programmazione mensile delle assenze a tale titolo come previsto dal comma 2 dell'art. 33 del CCNL del 21/05/2018.

Allega alla presente, con documento di identità del/ della sottoscritto/a al fine della autenticazione della conformità all'originale dei documenti presentati come previsto dall'art. 19 del DPR n. 445/2000:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di **"disabilità grave"** ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 del soggetto che necessita di assistenza.

Si impegna a presentare verbale validato dall'INPS appena verrà emesso.

Si dichiara consapevole che qualora non giungesse tale verbale definitivo i giorni di permesso fruiti saranno mutati in ferie .

Data.....

firma del dipendente

.....

Viste le dichiarazioni del dipendente, pervenute unitamente a copia di un documento di identità per l'autentica delle stesse ai sensi del D.P.R. 445/2000;

Visto l'art. 107 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000;

Si autorizza la fruizione dei benefici ex art. 33 della L.104/1992 per la causale sopra indicata.

Data

**Il Dirigente del 1° Settore
Affari generali, legali e risorse umane
Avv. Carlo Popolizio**

.....