

Al Direttore Generale
Istituto Oncologico Veneto - IRCCS

OGGETTO: Richiesta benefici art.33, legge n°104/92.

Il/La sottoscritto/a _____ dipendente di questo Istituto in qualità di
_____ n. matricola _____

presso l'UO _____

Con contratto di lavoro: Tempo pieno Part time verticale Part time orizzontale

Con orario settimanale di ore _____ per n° giorni _____

Chiede

di fruire dei permessi retribuiti mensili per assistere il parente/affine (specificare il rapporto di parentela/affinità rispetto all'assistito) _____

(cognome nome assistito) _____

portatore di handicap in situazione di gravità accertata dalla commissione medica competente.

A tale scopo allega idonea documentazione.

Distinti saluti.

Padova, _____

Il /La dipendente _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
Art. n° 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

Il /La Sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

nat_ a _____ (_____) il _____
luogo prov.

residente a _____ (_____) in via _____ n° _____
luogo prov. indirizzo

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità:

di essere parente/affine (specificare il rapporto di parentela o affinità)
del soggetto portatore di handicap (cognome e nome dell'assistito).....
nato/a a il.....
residente a in via n°.....

di essere stato scelto, dal soggetto portatore di handicap, quale punto di riferimento per la propria assistenza (come da dichiarazione allegata);
(Il lavoratore che usufruisce di permessi per assistere una persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, deve attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito)

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap;

che il soggetto portatore di handicap non è ricoverato/a a tempo pieno presso strutture ospedaliere o strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria;

che il soggetto portatore di handicap risulta attualmente ricoverato/a a tempo pieno presso struttura ospedaliera o struttura pubblica o privata che assicura assistenza sanitaria ma rientra in una delle seguenti eccezioni previste dalla Circolare n. 13/2010 (attestate dalla documentazione allegata):

1. portatore di handicap in coma vigile e/o situazione terminale;
2. minore che presenta bisogno di assistenza da parte di genitore o familiare;

che il soggetto portatore di handicap non presta attività lavorativa;

che il soggetto portatore di handicap presta attività lavorativa presso.....
e beneficia dei permessi/riposi retribuiti per se stesso.

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela con il portatore di handicap	Professione sede di lavoro

Da compilare solo in caso di rapporto di parentela di terzo grado:

- che sussiste almeno una delle condizioni per usufruire dei permessi (come comprovato da documentazione allegata), ovvero che l'assistito:
- ha i genitori o il coniuge che hanno raggiunto i 65 anni di età;
 - ha i genitori affetti anch'essi da patologie invalidanti;
 - ha i genitori deceduti o mancanti;

Da compilare solo in caso di dipendenti genitori di figli portatori di handicap:

- che anche l'altro genitore (cognome e nome)..... che presta attività lavorativa presso (specificare nome ente o azienda)..... usufruisce dei permessi mensili;
- che il numero massimo di giorni di permesso fruiti complessivamente con l'altro genitore non sarà superiore a tre giorni mensili;

N.B. Nei moduli di richiesta dei permessi giornalieri il dipendente deve obbligatoriamente specificare il numero di giorni di permesso usufruiti nella stessa mensilità dall'altro genitore.

ALLEGA

- il certificato della specifica commissione ASL comprovante la situazione di gravità del portatore di handicap;
- dichiarazione del soggetto portatore di handicap con la scelta di chi, all'interno della stessa famiglia, debba prestare assistenza;
- copia di un documento d'identità valido del portatore di handicap;
- copia del codice fiscale del portatore di handicap;
- copia di un proprio documento d'identità valido;

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali e civili previste, in base all'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 per coloro che rendono attestazioni false dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole, che in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- ***l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso Istituti specializzati***
- ***la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL***
- ***l'eventuale cambio di residenza del portatore di handicap***
- ***la fruizione dei permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari***
- ***decesso del portatore di handicap***

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. N. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Padova, _____

(firma del dipendente)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Art. n° 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

Il /la Sottoscritto/a _____
cognome nome

nato/a a _____ (____) il _____
luogo prov.

residente a _____ (____) in via _____ n° _____
luogo prov. indirizzo

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R.445 del 28/12/2000

DICHIARA

Di scegliere il/la sig./sig.ra _____

Grado di parentela _____ quale punto di riferimento per me per
l'assistenza prevista dalla Legge 104/1992 sotto il profilo della costante organizzazione, supervisione delle cure necessarie, delle condizioni di vita e relazioni affettive.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. N. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE

Luogo, data

Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente, tramite mail un incaricato oppure a mezzo posta.

UOC Risorse Umane - Ufficio verifica presenze
tel. 049 821 1193/5675, e-mail: verifica.presenze@iov.veneto.it

agg. al 05/02/19

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA

(ai sensi della Circolare 6 dicembre 2010 n. 13, Dipartimento della Funzione Pubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri)

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità:

- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- 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.

Padova, _____

(firma del dipendente)