



Amministrazione destinataria

Comune di Sesto ed Uniti

Ufficio destinatario

Servizi Finanziari e Amministrativi

## Domanda di permesso retribuito

*Ai sensi dell'articolo 33 della Legge 05/02/1992, n. 104*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

### inquadrate nel seguente profilo professionale

Figura professionale		Categoria salariale			Posizione economica					
Direzione		Servizio								

### CHIEDE

di poter usufruire dei permessi retribuiti dalla Legge 05/02/1992, n. 104 per il seguente assistito

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

di avere il seguente rapporto di parentela

- genitore
- figlio
- coniuge
- convivente
- altro parente o affine entro il secondo grado

Descrizione

- altro parente o affine entro il terzo grado

Descrizione

- altra condizione prevista dalle norme

Descrizione

che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela o affinità

- non è coniugato
- è vedovo
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante
- è separato legalmente o divorziato
- è coniugato ma in situazione di abbandono
- ha uno o entrambi i genitori deceduti
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante

il sottoscritto dichiara che l'altro genitore

*(da selezionare in caso di figlio)*

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>		<b>Codice Fiscale</b>					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
<b>Data di nascita</b>		<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>		<b>Cittadinanza</b>				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
<b>Residenza</b>									
<b>Provincia</b>	<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>		<b>Civico</b>	<b>Barrato</b>	<b>Scala</b>	<b>Piano</b>	<b>SNC</b>	<b>CAP</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Telefono cellulare</b>		<b>Telefono fisso</b>		<b>Posta elettronica ordinaria</b>		<b>Posta elettronica certificata</b>			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<b>Figura professionale</b>			<b>Categoria salariale</b>			<b>Posizione economica</b>			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			
<b>Direzione</b>				<b>Servizio</b>					
<input type="text"/>				<input type="text"/>					
<b>Usufrutto medesimo beneficio</b>									
<input type="radio"/> usufruisce del medesimo beneficio									
<input type="radio"/> non usufruisce del medesimo beneficio									

## DICHIARA INOLTRE

il familiare disabile

- non è ricoverato a tempo pieno
- è ricoverato in come vigile e/o situazione terminale
- è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate
  - ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare
  - ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine
- è parente o affine di terzo grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti  
**Descrizione (specificare nome, cognome, grado di parentela o affinità e la specifica condizione di cui sopra)**
- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave

- di essere a conoscenza che il cumulo di più permessi in capo allo stesso lavoratore è ammissibile solo a condizione che il familiare da assistere sia il coniuge o un parente o un affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora uno dei genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni o siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti
- dichiara 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 nei periodi dichiarati
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita delle agevolazioni
- di essere informato che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dall'Università degli Studi del Sannio esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del verbale definitivo o provvisorio della commissione medica
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave con indicazione del soggetto assistenziale
- stato giuridico di divorzio o separazione
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Sesto ed Uniti

Luogo

Data

Il dichiarante