



Comune di Pordenone

Comune di Roveredo in Piano



Comune di Roveredo in Piano

Dich. "Congedo parentale"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA' (Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in Via _____ n. _____

genitore di _____ nato a _____ il _____

valendosi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale

DICHIARA

1) che l'altro genitore _____ nato/a a _____ (____) il _____

- checkbox dipendente presso la ditta _____ con sede _____ in _____ via _____ n. _____ tel. _____
checkbox lavoratore autonomo
checkbox Non ha diritto al congedo parentale dal lavoro
checkbox Non ha fruito né fruisce di periodi di congedo parentale
checkbox Ha fruito o sta fruendo dei seguenti periodi di congedo parentale
Dal _____ al _____ gg _____ retribuiti al (*) _____
Dal _____ al _____ gg _____ retribuiti al (*) _____

2) di non essere a conoscenza di eventuali fruizioni dei periodi di congedo da parte dell'altro genitore

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuale fruizione di congedo parentale da parte dell'altro genitore successivamente alla presente dichiarazione.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.L. 30 giugno 2003, n. 196

I dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data

Il Dichiarante

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

(*) Da compilare solo per i dipendenti di Enti del comparto unico della Regione Friuli Venezia Giulia.



Comune di Pordenone

Comune di Roveredo in Piano



Comune di Roveredo in Piano

Mod. "Permessi L. 104/92 - titolare"

Alla c.a. **DIRIGENTE SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE**

SEDE

PERMESSI RETRIBUITI PER ASSISTENZA A PORTATORI DI HANDICAP

Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 33, comma 6
(fornire le notizie richieste e barrare le caselle che interessano)

A	DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE		
Cognome e nome		Codice fiscale	
Data di nascita		Comune di nascita	Prov.
Indirizzo (Comune, Via, Numero)			C.A.P.
Settore/Servizio di appartenenza			

PORTATORE/PORTATRICE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' ACCERTATA DALL' INPS IN DATA _____

B	INDICAZIONE DEI PERMESSI RICHIESTI
---	------------------------------------

2 ORE DI PERMESSO RETRIBUITO (indicare giorno e mese)

PER TUTTI I GIORNI

DAL _____ AL _____

per i seguenti periodi:

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

DAL	AL

GIORNI DI PERMESSO AL MESE (max 3 frazionabili anche ad ore nel limite max di 18), nelle giornate che saranno richieste con un preavviso di 5 giorni, salvo casi imprevedibili e d'urgenza.

C	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
---	----------------------------------

E' 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;

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca di riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità e ricovero a tempo pieno);

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Copia del verbale dell'apposita Commissione Medica attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;

Certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile);

Data

Firma del/della richiedente

--	--



Comune di Pordenone

Comune di
Roveredo in Piano



Comune di
Roveredo in Piano

Mod. "Permessi L. 104/92 -parenti"

Alla c.a. **DIRIGENTE SERVIZIO
GESTIONE RISORSE UMANE**

SEDE

PERMESSI RETRIBUITI PER ASSISTENZA A PORTATORI DI HANDICAP

Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 33, comma 3

Legge 8 marzo 2000, n. 53, art. 20

Legge 4 novembre 2010 n. 183, art. 24

Circolare INPS n. 1/2011, Circolare INPS n. 45/2011

(fornire le notizie richieste e barrare le caselle che interessano)

A	DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE
----------	--

Cognome e nome

Codice Fiscale

--	--

Data di nascita

Comune di nascita

Prov.

--	--	--	--	--

Residenza (Comune, Via, Numero)

C.A.P.

--	--

Settore/Servizio di appartenenza

--

Rapporto di parentela con il portatore di handicap

CONIUGE

PARENTE O AFFINE ENTRO IL 2° GRADO (nonni, padre/madre, figli, fratelli /sorelle, nipoti (figli di figli) suoceri, cognati, nuore/generi) specificare la parentela

--

B	DATI RELATIVI AL PORTATORE/ALLA PORTATRICE DI HANDICAP
----------	---

Cognome e nome

Codice fiscale

--	--

Data di nascita

Comune di nascita

Prov.

--	--	--	--	--

Residenza (Comune, Via, numero)

C.A.P.

--	--

Il richiedente **chiede di usufruire** dei permessi previsti dalla dall'art 33, comma 3 della legge 104/92 a decorrere dal _____;

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:

- La persona assistita è portatore di handicap grave;

Accertato dall' INPS in data _____

- Nessun altro familiare beneficia contemporaneamente dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

- l'altro genitore:

sig./ra _____ C.F. _____

non dipendente/dipendente presso _____

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- non è coniugato;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante;
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
- 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;

- 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;

- 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 di riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);

Il sottoscritto è a conoscenza che l'utilizzo dei predetti permessi può essere soggetto ad accertamenti.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- Copia del verbale dell'apposita Commissione Medica attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza;
- Certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile);
- Dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge;
- Nei casi previsti (affini di 3° grado), documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;
- Nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data

Firma del/della richiedente

--	--	--	--

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt _____ Nato/a _____

Il _____ residente a _____

Via/piazza _____ cap. _____

Consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della commissione medica INPS in data _____;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;

di voler essere assistito dal

sig./ra _____ nata il _____ e
residente a _____

Data

Firma

--	--	--	--



Comune di Pordenone

Comune di
Roveredo in Piano



**DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CHE ESERCITA LA POTESTA'
GENITORIALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELLA PERSONA IN
SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE (DA COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE
UN MINORE)**

Il/la sottoscritt _____ Nato/a _____

Il _____ C.F. _____ residente _____

a _____ Via _____ cap. _____

in qualità di **genitore**, **tutore**, **curatore**, **amministratore di sostegno**

del sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ C.F. _____ residente a _____

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

dichiara che

il/la Sig./ra _____

è parente di _____ grado del Sig./ra _____ in quanto _____;

consapevole che un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile
in situazione di gravità, intende essere assistito dal Sig./r _____ nato/a a
_____ il _____ C.F. _____ e residente a
_____;

è in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/92 riconosciuta
con verbale della commissione INPS del _____;

è in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

non è ricoverato a tempo pieno;

svolge attività lavorativa e beneficia delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992;

non presta attività lavorativa;

Data

Firma

--	--	--	--