

Al dirigente del Settore Personale  
Provincia di Barletta-Andria-Trani  
p.zza San Pio X,9  
76123\_Andria\_Bt

Oggetto: richiesta benefici Legge 104/1992

La \_\_\_\_\_ sottoscritta \_\_\_\_\_ nata \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, dipendente di ruolo ed a tempo indeterminato di questo Ente, chiede di poter usufruire dei benefici previsti dalla Legge 104/1992, ivi compresi i permessi retribuiti per assistenza a familiare o affine affetto da handicap in situazione di gravità (art. 33 L. 104/1992).

Dichiara a tal fine:

1. il/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, portatore di handicap grave accertato dall'Asl di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, ha il seguente grado di parentela con la scrivente \_\_\_\_\_
2. che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo o ed in via esclusiva da parte del/della sottoscritto/a
3. che è convivente con il sottoscritto/a.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre:

- a) che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap;
- b) di essere l'unico soggetto a prestare assistenza al portatore di handicap in via esclusiva ed a carattere continuativo, in quanto:
  - o nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato;
  - o pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica;
  - o pur essendo presenti altri familiari lavoratori del portatore di handicap fino allo stesso grado di parentela del richiedente, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità di cui si produce autocertificazione.

c) che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopra esposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare...).

firma del richiedente

---

Allegati:

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 Legge n. 104/1992 (in originale o copia autenticata)
- (qualora nel nucleo familiare del portatore di handicap vi siano altri soggetti in grado di assistere l'handicappato, ma impossibilitati perché si trovano in un'ipotesi di oggettiva impossibilità) documentazione che attesti lo stato di impossibilità temporanea o permanente dei componenti il nucleo familiare
- Autocertificazione di altri familiari lavoratori del portatore di handicap fino allo stesso grado di parentela del richiedente ma che si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità a prestare assistenza.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

OGGETTO: Scelta assistenza.

Il/La sottoscritt\_\_ *disabile in situazione di gravità* \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ *consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R.*

*28.12.200 n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia,*

*dichiara sotto la proprio responsabilità che è assistito da* \_\_\_\_\_

*(grado di parentela)* \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*Residente a* \_\_\_\_\_ *via* \_\_\_\_\_

*Luogo e data*

*Firma*

*Il legale rappresentante o tutore*

*Si allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.*

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(art. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 28.12.2000 nr. 445, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

di prestare personalmente assistenza al disabile (indicazione nome e cognome dell'assistito)

\_\_\_\_\_ in modo continuativo ed esclusivo ovvero di usufruire delle agevolazioni per necessità legate alla propria situazione di disabilità;

A tal fine dichiara di essere

- Unico parente/affine entro il secondo grado a fruire dei benefici della legge 104/92 e che nessun altro familiare fruisce dei medesimi benefici per il medesimo soggetto;
- Che i seguenti parenti/affini entro il secondo grado del disabile

(indicazione nome, cognome e dati anagrafici)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Sono soggettivamente e/o oggettivamente impossibilitati a prestare in modo continuativo assistenza in quanto:

\_\_\_\_\_ (Indicazione di dati oggettivi e/o oggettivi che rendono impossibile l'assistenza al disabile in deroga al generale obbligo di assistenza familiare)

- Di essere a conoscenza del fatto che l'art 75 DPR 445/2000 prevede la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.
- Di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa.
- 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.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

In fede,

Allegato 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

( Art. 47 del D.P.R 28.12.200 n.445)

OGGETTO. Permesso mensile di tre giorni previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 5 febbraio n. 104 – art. 42 comma 3 del Decreto Legislativo n 151 del 26 marzo 2001

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Consapevole che, ai sensi dell'art 6 del D.P.R 28.12.2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

◇ di svolgere attività a tempo pieno

◇ di svolgere attività lavorativa part-time ◇orizzontale ◇verticale ◇ciclico

◇ che \_\_\_\_\_ (disabile in situazione di gravità)

Con il quale ha il seguente grado di parentela (o affinità) \_\_\_\_\_

(Specificare, coniuge, nipote, figlio nipote etc.etc.) nat a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Disabile in situazione di gravità

◇ che permangono le condizioni di cui alla certificazione allegata

◇ non è ricoverato a tempo pieno

◇ che non vi sono altri familiari che usufruiscono dei permessi per lo stesso soggetto disabile

◇ che l'assistenza è sistematica e adeguata rispetto alle concrete esigenze della persona

Disabile in situazione di gravità.

◇ che il disabile è convivente con il sottoscritto

◇ che il disabile non è convivente con il sottoscritto

Luogo e data

Firma