


Mod. 08	Ufficio del Personale	EMISSIONE: 2007	
MOD. PERSONALE: domanda di permesso/congedo per assistenza a figli o familiari con handicap grave (art. 42, D. Lgs. 151/2001, art.33 comma 3, Legge 104/92; artt. 19 e 20, legge 53/2000)			

ALL'UFFICIO DEL PERSONALE

OGGETTO: **domanda di permesso/congedo per assistenza a familiare o figli con handicap grave.**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ___/___/_____, a _____, prov. _____ e residente in via _____, comune di _____, cap. _____ prov. _____, codice fiscale _____, documento n. _____ rilasciato da _____ il ___/___/_____, recapito telefonico _____, appartenente al bacino dei destinatari del progetto sperimentale "Piano per l'Occupabilità" ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 276 del 10/09/2003 per l'inserimento dei soggetti provenienti dal bacino "Emergenza Palermo", art. 6 comma 1 della L.R. n.16/2006, attualmente assegnato/a presso (Reparto progetto Spiagge / Ente / Scuola)

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 comma 3 della Legge 104/92, di fruire dei permessi di astensione dal lavoro per un massimo di **3gg. al mese**, per assistere il proprio familiare, parente o affine entro il terzo grado portatore di handicap grave, come da documentazione allegata.

DATI DELLA PERSONA IN CONDIZIONI DI HANDICAP

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____

COMUNE DI NASCITA _____ PROV. _____ CODICE FISCALE _____

(DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE)

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____

- Figlio/a biologico/a
- Figlio/a adottat /affidat : data provvedimento di adozione/affidamento _____
- parente o affine entro il terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità es. nipote, coniuge ecc.) _____
- convivente con il/la richiedente
- non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato in condizione di handicap grave, accertata dall'ASL. di _____ in data _____
- non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati
- impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla legge 104/92

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni giornata di assenza all' Ente Ospitante.

DICHIARA

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave

(oppure)

- di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per la necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza
(Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza)

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA IN CONDIZIONI DI HANDICAP GRAVE			
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	PROFESSIONE

ALLEGA

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap, o, per le persone con sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato – art. 94 legge 289/02), o per i grandi invalidi di guerra e equiparati, copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero.
- Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)

IN CASO DI ADOZIONE:

- Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'autorità competente
- Adozioni internazionali (Legge 476/98): certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
<p>Il/a sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità.</p> <p>Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie e delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'eventuale ricovero di soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati - la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL - la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari.

Data ____/____/____

Firma _____

(Delegato Sig./Sig.ra _____ nato/a il ____/____/____ documento n.° _____)

Firma delegato _____

*Si allegano fotocopie del documento di identità e del codice fiscale del delegante
Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni per gli usi consentiti dalla legge.*

Firma _____

Firma delegato _____

Spazio riservato a Servizi per l'Occupazione S.r.l.

Ufficio di Segreteria

Presente pervenuta in data _____ a mezzo _____ firma operatore _____

Ufficio del personale

Documentazione allegata _____

Si concede

Non si concede _____

Visto Il Responsabile del Personale _____

Autorizzazione dell'Ente gestore ed utilizzatore

Timbro e Firma _____

Pratica evasa il _____

Comunicazione ad ente di provenienza prot. n. _____

Lettera a soggetto prot. n. _____

Visto Il Responsabile del procedimento _____

Palermo, _____