

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Soc Area Risorse Umane e Formazione
P.P.O.O. Pugliese Ciaccio

Prot. n. del

Al Direttore Medico
PPOO Pugliese Ciaccio

Al Direttore Medico
PO Materdomini

Ai Direttori di Dipartimento

Ai Direttori delle UUOO
PPOO Pugliese - Ciaccio e Materdomini

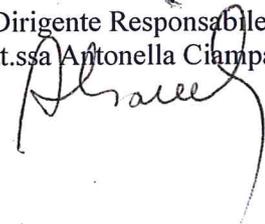
E p.c Al Commissario Straordinario
Al Direttore Amministrativo
Al Direttore Sanitario

Oggetto: Modello richiesta permessi ex legge 104/92 e ss.mm.

Si invia il nuovo modello di richiesta dei permessi retribuiti ex legge 104/92 e ss.mm alla luce del D.lgs n. 62/2024 che ha aggiornato la terminologia da utilizzare in materia di disabilità, in particolare, ai sensi dell'art 4, capo I dal titolo "Finalità e definizioni generali", come comunicato da apposita circolare predisposta da questa Soc con n. prot. 45731 del 28/10/2024.

Si invita i Sigg. in indirizzo, ognuno per la parte di propria competenza, a volerne dare ampia diffusione, ferma restando la pubblicazione dello stesso sul sito aziendale.

Il Dirigente Responsabile
Dott.ssa Antonella Ciampa



Richiesta Beneficio ex articolo 33, comma 3° Legge N.104/1992 e ssmm, per parenti/affini entro 3° grado

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ cap _____
via _____ n. _____
domiciliato/a a _____ cap _____
via _____
qualifica _____
assegnato/a all'Unità Operativa/Servizio _____

- DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO
 TEMPO PIENO
 PART-TIME ORIZZONTALE PER ORE _____ SETTIMANALI
 PART-TIME VERTICALE NEI GIORNI _____ PER ORE _____ SETTIMANALI

C H I E D E

DI POTER FRUIRE DEI PERMESSI **GIORNALIERI MENSILI (massimo 3 gg.)** _____, PREVISTI DALL'ART. 33
COMMA 3 LEGGE 104/92 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, PER POTER ASSISTERE IL SEGUENTE FAMILIARE
(PARENTE O AFFINE ENTRO IL III° GRADO) PERSONA CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO
ELEVATO O MOLTO ELEVATO:

grado di parentela/affinità _____

DATI RIFERITI ALLA PERSONA CON DISABILITA'

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA _____

CODICE FISCALE _____ RESIDENZA _____

VIA _____ N. _____

DOMICILIO _____

VIA _____ N. _____

CONDIZIONE DI DISABILITA' ACCERTATA DALLA COMPETENTE COMMISSIONE _____ IN DATA _____

NO REVISIONE

EVENTUALE REVISIONE PREVISTA PER IL _____

- NON SVOLGE ATTIVITA' LAVORATIVA
 SVOLGE ATTIVITA' LAVORATIVA (dipendente, a contratto...) _____
PRESSO _____

CON SEDE A _____ VIA _____

CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO/TEMPO DETERMINATO FINO AL _____

BENEFICIARIO A PROPRIA VOLTA DEI MEDESIMI PERMESSI SI NO

In caso di risposta affermativa indicare:

- PERMESSI MENSILI RIDUZIONE ORARIA GIORNALIERA

- STATO CIVILE:
- CONIUGATO/A – UNITO CIVILMENTE;
 - CONVIVENTE PER LE COPPIE DI FATTO (iscrizione nel registro delle coppie di fatto dal _____ del Comune di _____);
 - SEPARATA/O
 - DIVORZIATO/A
 - VEDOVO/A;
 - CELIBE/NUBILE

HA FIGLI (compilare dichiarazione successiva)

NON HA FIGLI

DOCUMENTAZIONE DA ALLÉGARE:

- VERBALE COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITA'
- AUTOCERTIFICAZIONE DEI FAMILIARI CHE NON POSSONO PRESTARE ASSISTENZA ALLA PERSONA CON DISABILITA'
- COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL/DEI RICHIEDENTI E DEGLI ALTRI FAMILIARI

SI RACCOMANDA LA CHIARA VISIONE DEI SUDETTI DOCUMENTI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA INOLTRE:

(barrare tutte le dichiarazioni per conferma di lettura)

- CHE LA PERSONA CON DISABILITA' DA ASSISTERE NON È RICOVERATO A TEMPO PIENO (PER LE INTERE 24 ORE) PRESSO STRUTTURE OSPEDALIERE O COMUNQUE STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE CHE ASSI- CURANO ASSISTENZA SANITARIA;
- DI PRESTARE ASSISTENZA ALLA PERSONA CON DISABILITA' PER LA QUALE RICHIEDE LE AGEVOLAZIONI:
 - QUÀLE REFERENTE UNICO
 - IN REGIME ALTERNATO CON

SIG./SIG.RA _____

NATO A _____ IL _____

GRADO DI PARENTELA O DI AFFINITA' _____

ATTIVITA' LAVORATIVA _____

PRESSO _____

RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO/ DETERMINATO FINO AL _____

CON SEDE A _____ VIA _____

- DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE AGEVOLAZIONI RICHIESTE SONO UNO STRUMENTO DI ASSISTENZA ALLA PERSONA CON DISABILITA' E PERTANTO IL RICONOSCIMENTO DELLE STESSE COMPORTA LA CONFERMA DELL'IMPEGNO MORALE, OLTRE CHE GIURIDICO, A PRESTARE EFFETTIVAMENTE LA PROPRIA ASSISTENZA;
- DI ESSERE ALTRESI ' CONSAPEVOLE CHE LA POSSIBILITA' DI FRUIRE DI DETTE AGEVOLAZIONI COMPORTA UN ONERE PER L'AMMINISTRAZIONE E UN IMPEGNO DI SPESA PUBBLICA CHE LO STATO E LA COLLETTIVITA' SOPPORTANO SOLO PER LA TUTELA DELLA PERSONA CON DISABILITA';
- DI AVER INFORMATO DELLA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE ISTANZA IL COORDINATORE DELL'U.O. / RESPONSABILE DEL SERVIZIO;

- ESISTONO ALTRI FAMILIARI, I QUALI PERO' NON UTILIZZANO I PERMESSI IN ARGOMENTO RIFERITI ALLA MEDESIMA PERSONA CON DISABILITA' (indicare il coniuge, i parenti e gli affini entro il II° grado)

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

grado di parentela / affinità con la persona con disabilità' _____

- lavoratore autonomo;
- non svolge alcuna attività lavorativa (casalinga/in attesa di occupazione/pensionato);
- lavoratore dipendente presso _____
con sede in _____ via _____

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

grado di parentela / affinità con la persona con disabilità _____

- lavoratore autonomo;
- non svolge alcuna attività lavorativa (casalinga/in attesa di occupazione/pensionato);
- lavoratore dipendente presso _____
con sede in _____ via _____

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

grado di parentela / affinità con la persona con disabilità _____

- lavoratore autonomo;
- non svolge alcuna attività lavorativa (casalinga/in attesa di occupazione/pensionato);
- lavoratore dipendente presso _____
con sede in _____ via _____

DICHIARAZIONE PER IL DOPPIO BENEFICIO PER FAMILIARI

DA COMPILARE SOLO DAI DIPENDENTI CHE HANNO GIA' OTTENUTO DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE
AUTORIZZAZIONE AI PERMESSI LEGGE 104/92 PER ASSISTERE ALTRA PERSONA CON DISABILITA'

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA DI AVERE GIA' RICHIESTO ED OTTENUTO AUTORIZZAZIONE ALLA
FRUIZIONE DEL BENEFICIO DI CUI ALLA LEGGE 104/92 A FAVORE DELLA PERSONA CON
DISABILITA' _____

GRADO DI PARENTELA/AFFINITA' _____,

CHE NON VI SONO ALTRI FAMILIARI IN GRADO DI PRENDERSI CURA DELLO STESSO E CHE NON E'
POSSIBILE SODDISFARE LE ESIGENZE DI ASSISTENZA DELLE PERSONE CON DISABILITA' NEL LIMITE DEI
TRE GIORNI MENSILI.

DA COMPILARE QUALORA IL RADDOPPIO RIGUARDI UN PARENTE/ AFFINE ENTRO IL II° GRADO

I GENITORI DEL FAMILARE PER CUI SI RICHIEDONO I PERMESSI SONO:

- ULTRASESSANTACINQUENNI
- DECEDUTI
- AFFETTI DA PATOLOGIE INVALIDANTI
- MANCANTI

o IL FAMILIARE PER CUI SI RICHIEDONO I PERMESSI NON È CONIUGATO.

LE DICHIARAZIONI DI CUI SOPRA SONO RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000 ED IL DICHIARANTE È CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE O COMUNQUE NON CORRISPONDENTI AL VERO, DICHIARA CHE QUANTO SOTTOSCRITTO RISPONDE A VERITÀ.

È INOLTRE CONSAPEVOLE CHE LE AMMINISTRAZIONI SONO TENUTE A CONTROLLARE LA VERIDICITÀ DELLE DICHIARAZIONI E CHE IN CASO DI DICHIARAZIONE FALSA, CHI L'HA SOTTOSCRITTA DECADE DAGLI EVENTUALI BENEFICI OTTENUTI.

IL/LA SOTTOSCRITTA SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE, OGNI VARIAZIONE DELLA SITUAZIONE DI FATTO O DI DIRITTO DA CUI CONSEGUA LA PERDITA DELLA LEGITTIMITAZIONE ALLE AGEVOLAZIONI, ED IN PARTICOLARE:

- RICOVERO A TEMPO PIENO (ovvero per le intere 24 ore presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa) DEL DISABILE;
- DECESSO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ (L'ESISTENZA IN VITA ANDRÀ COMUNQUE COMUNICATA ALL'AREA RISORSE UMANE NEL MESE DI DICEMBRE DI OGNI ANNO SOLARE)
- MODIFICA DELLA MODALITÀ DI FRUIZIONE DEI PERMESSI
- REVOCA O CONFERMA DEL GIUDIZIO DI GRAVITÀ DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ DA PARTE DELLA COMMISSIONE MEDICA COMPETENTE INTERVENUTA A SEGUITO DI EMISSIONE DI VERBALE DEFINITIVO O DI REVISIONE DEL VERBALE O DI ALTRO ACCERTAMENTO PREVISTO;
- MODIFICHE RIGUARDANTI VARIAZIONI DI RESIDENZA/DOMICILIO, ATTIVITÀ LAVORATIVA DELLA PERSONA CON DISABILITÀ.

LA MANCATA COMUNICAZIONE DEGLI EVENTI DI CUI SOPRA COSTITUISCE DICHIARAZIONE IMPLICITA DELL'ASSENZA DI MODIFICAZIONI INTERVENUTE E LA PRESENTE COSTITUISCE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO AI SENSI DEL GIÀ CITATO D.P.R. 445/2000.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA ALTRESÌ, A FORNIRE TUTTI GLI ELEMENTI UTILI CHE POTRANNO CONSENTIRE AL DATORE DI LAVORO LA VERIFICA DELLA VERIDICITÀ DI QUANTO AFFERMATO.

DATA _____

FIRMA _____

Informativa sul trattamento dei dati personali: ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente, in particolare dal Regolamento Europeo n. 2016/679, dal D.lgs. 196/2003 s.m.i., La informiamo che tutti i dati personali raccolti per l'istruzione del presente procedimento sono inseriti in archivi sia elettronici che cartacei e sono trattati sia con modalità informatiche che analogiche dai soli operatori autorizzati del settore amministrativo che segue il procedimento. I dati non saranno in nessun caso diffusi e verranno utilizzati solo per dar corso ai rapporti già in essere ed agli adempimenti connessi. Qualunque richiesta di chiarimenti potrà essere indirizzata al medesimo Responsabile del Procedimento. Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena con sede in Via Del Pozzo, 71, 41124 Modena. È riconosciuto l'esercizio dei diritti previsti al Capo III del GDPR n. 2016/679. Si informa inoltre che i dati personali e particolari, saranno trattati anche nell'ambito dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio ai sensi della normativa vigente.