


| | |
|---|--|
|  | <p>Amministrazione destinataria Comune di Bitonto</p> <p>Ufficio destinatario Servizio per la gestione del Personale</p> |
|---|--|

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 | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| 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 nella seguente modalità

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | due ore di permesso giornaliero (solo per chi fruisce dei permessi per se stesso) |
| <input type="radio"/> | tre giorni di permesso al mese |
| <input type="radio"/> | 18 ore di permesso al mese |

| Soggetto interessato | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------|-----------|------------------|--|--------|----------------|-------|---------|--------------------------|-----|--|
| <input type="radio"/> | per sè stesso | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | per il seguente assistito | | | | | | | | | | |
| Cognome | | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | | Cittadinanza | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | | |
| Comune | Provincia | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP | |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| In qualità di (*) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

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

la tipologia di disabilità

| | |
|-----------------------|-------------------|
| <input type="radio"/> | non rivedibile |
| <input type="radio"/> | rivedibile |
| | Anno di revisione |
| | |

che lo assiste in quanto

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | coniuge della persona con handicap con età superiore a 65 anni |
| <input type="checkbox"/> | genitore della persona con handicap con età superiore a 65 anni |
| <input type="checkbox"/> | coniuge affetto da patologia invalidante |
| <input type="checkbox"/> | genitore affetto da patologia invalidante |
| <input type="checkbox"/> | coniuge deceduto o mancante |
| <input type="checkbox"/> | genitore deceduto o mancante |

che il portatore di handicap

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | non presta attività lavorativa |
| <input type="radio"/> | presta attività lavorativa e non beneficia dei permessi per sé stesso |
| | Presso |
| | |

che l'assistito

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | non è ricoverato a tempo pieno |
| <input type="radio"/> | è ricoverato a tempo pieno, e ha necessità di interrompere il ricovero per recarsi fuori della struttura che lo ospita al fine di effettuare visite o terapie |
| | pertanto, allega documentazione medica |
| <input type="radio"/> | portatore di handicap, ricoverato a tempo pieno, è in coma vigile o situazione terminale |
| | pertanto, allega documentazione medica |

se il dichiarante è il genitore, che il figlio assistito

| | |
|------------------------------|---|
| <input type="radio"/> | ha più di tre anni |
| <input type="radio"/> | ha meno di tre anni |
| Fruizione alternativa | |
| <input type="radio"/> | no |
| <input type="radio"/> | sì, con |
| | Soggetto con cui è condivisa la fruizione del permesso |
| <input type="checkbox"/> | genitore |
| <input type="checkbox"/> | coniuge |
| <input type="checkbox"/> | parente o affine fino al secondo grado |
| <input type="checkbox"/> | parente o affine fino al terzo grado |
| | l'altro soggetto |
| <input type="radio"/> | non presta attività di lavoro dipendente |
| <input type="radio"/> | presta attività di lavoro dipendente |
| | Datore di lavoro |
| | |
| | Indirizzo |
| | |

DICHIARA INOLTRE

- che nessun altro familiare lavoratore beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave
- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste agevolazioni
- 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 per la spesa pubblica che lo Stato e la collettività supportano 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
- di essere a conoscenza che ogni comunicazione relativa alle assenze dovranno inoltrate di volta in volta al proprio responsabile del servizio, senza la produzione di ulteriore documentazione e che eventuali variazioni alla situazione odierna verranno prontamente comunicate al servizio competente

| Eventuali annotazioni |
|--|
| |

Elenco degli allegati

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

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità dell'assistito |
| <input type="checkbox"/> | dichiarazione sostitutiva atto di notorietà a firma del disabile con la quale dichiara la propria volontà di farsi assistere dal dipendente |
| <input type="checkbox"/> | dichiarazione sostitutiva atto di notorietà a firma del dipendente con la quale dichiara che il verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap in situazione di gravità è copia conforme all'originale |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

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)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

| | | |
|---------|------|----------------|
| Bitonto | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |