



ASPETTATIVA PER MOTIVI PERSONALI
(art. 43 CCRL 01.08.2002 – art. 21 CCRL 29/02/2008)

Data _____

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

DIRIGENTE/RESPONSABILE DEL SERVIZIO

LORO SEDI

La/il sottoscritta/o _____ **matricola** _____
dipendente del Comune di Pordenone, col profilo professionale
di _____

con contratto a tempo **indeterminato:**

part-time full-time

in servizio presso _____ Tel. _____

CHIEDE

Di usufruire di un periodo di aspettativa di gg _____ a decorrere dal
_____ e fino al _____, ai sensi dell'art. 43 del CCRL del 01.08.2002/ art. 21
CCRL 29.02.2008 (area dirigenza),
per

La/il dipendente _____

Vista la normativa di riferimento, si esprime parere favorevole all'autorizzazione: Il Dirigente del Servizio Gestione Risorse Umane

Data: _____ firma: _____

Visto si autorizza: Il Dirigente

Data: _____ firma: _____



Comune di Pordenone

Mod. "Aspettativa gravi motivi"

CONGEDO NON RETRIBUITO PER GRAVI MOTIVI FAMILIARI

(art. 50 CCRL 01.08.2002 – art. 4 L. 53/2000)

Data _____

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

DIRIGENTE DEL SERVIZIO

.....

LORO SEDI

La/il sottoscritta/o _____ **matricola** _____
dipendente del Comune di Pordenone, col profilo professionale di _____

con contratto a tempo: determinato indeterminato
part-time full-time

in servizio presso _____ Tel. _____

CHIEDE

Di usufruire di un **CONGEDO NON RETRIBUITO PER GRAVI MOTIVI** di gg _____ a decorrere dal _____ al _____ riguardante i soggetti sotto indicati (anche se non conviventi):

1. coniuge;
2. parente entro il secondo grado (genitore, figlio, fratello/sorella);
3. affine di primo grado (suocero/a, genero/nuora)
4. parente o affine entro il terzo grado se portatore di handicap
5. componente della famiglia anagrafica diversi dai soggetti sopraindicati;

e per i gravi motivi sottoelencati:

- A. le necessità familiari derivanti dal decesso di una delle persone sopra richiamate (v. art. 50 CCRL 2002);
- B. le situazioni che comportano un impegno particolare del dipendente o della propria famiglia nella cura e nell'assistenza delle persone sopra indicate;
- C. le situazioni di grave disagio personale, ad esclusione della malattia, nelle quali incorra il dipendente medesimo;
- D. le situazioni, riferite ai soggetti di cui sopra, ad esclusione del richiedente, derivanti da una delle seguenti patologie:
 - a) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;
 - b) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;
 - c) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;
 - d) patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui alle precedenti lettere a), b) e c) o per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

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;

Consapevole che le norme contenute nell'art. 5 quater, co. 1, lett. A), che nell'ipotesi di giustificazione dell'assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa prevede la comminazione del licenziamento, e nell'art. 55 quinquies, co. 1 e co. 2 del D.Lgs. 165/2001, che, per la stessa ipotesi, prevedono la reclusione e la multa, oltre all'obbligo del risarcimento del danno patrimoniale e del danno all'immagine subiti dall'Amministrazione.

DICHIARA

la sussistenza delle condizioni di cui al documento di disciplina degli istituti che regolano le assenze/presenze adottato dal Comune di Pordenone, che legittimano la fruizione delle agevolazioni di cui alla presente domanda.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

ALLEGA:

- idonea documentazione a giustificazione della richiesta;
- per le patologie invalidanti: verbale della Commissione medica dal quale risulta l'accertamento della situazione di handicap grave, oppure certificato medico rilasciato da

medico specialista del SSN o convenzionato, dal medico di medicina generale oppure dal pediatra di libera scelta, dal quale risulta la patologia invalidante

*La certificazione deve essere presentata (**in busta chiusa**) contestualmente alla domanda.*

La/il dipendente _____

Vista la normativa di riferimento, si esprime parere favorevole all'autorizzazione:

Il Dirigente del Servizio Gestione Risorse Umane

Data: _____ firma: _____

Visto si autorizza:

Il Dirigente

Data: _____ firma: _____



Comune di Pordenone

Mod. "congedo retribuito 2 anni"

**CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER ASSISTENZA A SOGGETTI CON
HANDICAP GRAVE
ART. 42 C. 5 DLGS. 151/2001**

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

DIRIGENTE DEL SETTORE

.....

SEDE

La/il sottoscritto/a _____ **matricola** _____

dipendente del Comune di Pordenone, col profilo professionale di _____

con contratto a tempo: determinato indeterminato X
 part-time full-time x

in servizio presso _____ Tel. _____

CHIEDE

Di usufruire di un CONGEDO RETRIBUITO PER ASSISTENZA AI SOGGETTI CON HANDICAP GRAVE
di gg _____ dal _____ al _____ al fine dell'assistenza con carattere di sistematicità ed
adeguatezza, riguardante il soggetto gravemente disabile, rispetto al quale il sottoscritto è:

(il diritto spetta secondo il seguente ordine di priorità)

- **coniuge convivente o unito civilmente** (sent. Corte Cost. n. 213/2016) della persona gravemente disabile, in via prioritaria;
- **genitore naturale o adottivo o affidatario** del portatore di handicap grave, nel caso in cui si verifichi la seguente condizione:
 - in caso di decesso, di mancanza, o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente del disabile
- **figlio convivente** con il soggetto in situazione di disabilità grave, nel caso in cui si verifichino le seguenti condizioni:
 - in caso di decesso, di mancanza, o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente del disabile

- in caso di decesso, mancanza, o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre del disabile
- **fratello/sorella convivente** con il soggetto in situazione di disabilità grave, nel caso in cui si verificano le seguenti condizioni:
 - in caso di decesso, di mancanza, o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente del disabile
 - in caso di decesso, mancanza, o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre del disabile
 - decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi del disabile
- **parente o affine entro il terzo grado, convivente** con il soggetto in situazione di disabilità grave nel caso di:
 - decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti dei soggetti sopra individuati

Per le situazioni, riferite al soggetto con grave disabilità, derivanti da una delle seguenti patologie, accertate dalla Commissione medica ai sensi dell'art. 3 co. 1 e co. 3 della L. 104/92:

1. patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;
2. patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;
3. patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;
4. patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui alle precedenti lettere a), b) e c) o per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

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;

Consapevole che le norme contenute nell'art. 5 quater, co. 1, lett. A), che nell'ipotesi di giustificazione dell'assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa prevede la comminazione del licenziamento, e nell'art. 55 quinquies, co. 1 e co. 2 del D.Lgs. 165/2001, che, per la stessa ipotesi, prevedono la reclusione e la multa, oltre all'obbligo del risarcimento del danno patrimoniale e del danno all'immagine subiti dall'Amministrazione.

DICHIARA

la sussistenza delle condizioni di cui al documento di disciplina degli istituti che regolano le assenze/presenze adottato dal Comune di Pordenone, che legittimano la fruizione delle agevolazioni di cui alla presente domanda.

di non svolgere, per tutto il periodo del congedo, attività lavorativa sia in proprio che alle dipendenze di terzi;

che il/i sig./sig.ra/sigg. _____ in qualità di coniuge convivente/padre/madre/figlio convivente/i del disabile manca o è deceduto in data _____;

- che il/i sig./sig.ra/sigg. _____ in qualità di coniuge convivente/padre/madre/figlio convivente/i del disabile si trova in presenza di patologie invalidanti di cui al certificato medico del _____;

- che il disabile ha scelto di essere assistito dal sottoscritto come da dichiarazione allegata / oppure che non ci sono altre persone conviventi in grado di prestare assistenza al portatore di handicap;
- che il portatore di handicap non svolge attività lavorativa
- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno (fatto salvo i casi previsti);
- che nessun altro familiare beneficia o ha beneficiato di congedo straordinario retribuito per la stessa persona in condizione di disabilità grave;
- di aver già fruito di congedo retribuito, nel periodo dal _____ al _____ per un totale di giorni____;
- di aver già fruito di congedo straordinario non retribuito "per gravi motivi familiari" dal _____ al _____;
 - Che l'altro genitore: sig./ra _____
C.F. _____ beneficia del congedo per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo dei due anni complessivi per entrambi i genitori.
-

DICHIARA INOLTRE

(secondo la circolare del Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010)

di prestare assistenza nei confronti del disabile

di essere 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;

di essere consapevole che la fruizione delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportando solo per l'effettiva tutela del disabile;

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);

ALLEGA:

verbale della Commissione medica dal quale risulta l'accertamento della situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;

- 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 assistenza prevista nei termini di legge (v. corrispondenza nelle dichiarazioni);
- certificato del medico specialista per la 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 dalla competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile);
- per le patologie invalidanti: certificato medico del medico specialista del SSN o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, dal quale risulta lo stato patologico invalidante;

certificato medico per le eccezioni alla condizione di non ricovero del disabile

*La certificazione deve essere presentata **(in busta chiusa)** contestualmente alla domanda.*

Data: _____

La/il dipendente _____

Parere favorevole: la
domanda è conforme alla
normativa di riferimento:

Il Dirigente del Servizio Gestione Risorse Umane

Data: _____ firma: _____

Parere favorevole: tenuto
conto delle esigenze di
servizio e del diritto del
dipendente al beneficio:

Il Dirigente

Data: _____ firma: _____



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 _____

dipendente presso la ditta _____ con sede _____ in _____ via _____ n. _____ tel. _____

lavoratore autonomo

Non ha diritto al congedo parentale dal lavoro

Non ha fruito né fruisce di periodi di congedo parentale

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. 10 della Legge n. 675/1996

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

SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE

Mod. "Allattamento"

RIPOSI GIORNALIERI PER MATERNITÀ

Alla c.a. **DIRIGENTE DEL SERVIZIO COMPETENTE
PER LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

SEDE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____,

dipendente del Comune di Pordenone,

chiede

- di poter usufruire dei riposi giornalieri per maternità a decorrere
dal _____

e fino al compimento del primo anno di vita del _figlio/a: _____

nato/a il _____ con la seguente articolazione dell'orario di lavoro:

Pordenone, _____

FIRMA

VISTO: Il Responsabile DATA _____ FIRMA _____



Comune di Pordenone

SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE

Mod. "Donazione sangue"

Alla c.a. **DIRIGENTE DEL SERVIZIO COMPETENTE
PER LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

SEDE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

dipendente del Comune di Pordenone.

Ai sensi dell'art. 6 Decreto Ministeriale 8 aprile 1968

dichiara

- di aver fruito di una giornata di riposo il _____ per donazione di sangue/emocomponenti;
- di aver percepito per tale giornata la relativa retribuzione ammontante ad € _____
- di aver effettuato la donazione gratuitamente.

Pordenone, _____

FIRMA



Comune di Pordenone

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 10 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 consegua 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

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 _____ nato a _____ il _____ e
residente a _____

Data

Firma

--	--	--	--



Comune di Pordenone

**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 Asl di _____ il _____;

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

--	--	--	--



DIRITTO ALLO STUDIO

Alla c.a. **DIRIGENTE DEL SERVIZIO COMPETENTE
PER LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

SEDE

OGGETTO: **Diritto allo studio anno scolastico o accademico** ___/___

Il sottoscritto n° matricola
dipendente del Comune di Pordenone, con il profilo professionale
di..... (cat., posizione economica

con contratto a tempo indeterminato di tipo:

full-time

part-time al _____%

in servizio presso il Settore/Servizio.....
ufficio

CHIEDE

di usufruire dei benefici, previsti dall'art. 47 del CCRL del 1/8/2002, relativi al "DIRITTO ALLO STUDIO" (massimo 150 ore), per frequentare il seguente corso (*):

_____ (indicare il corso e l'anno scolastico e/o accademico frequentato)

presso la Scuola/Istituto/Facoltà _____

con sede in _____

La durata legale del Corso è di n. _____ anni.

Data, _____

(firma dell'interessato)

.....
(Visto del Dirigente)

(*) Corso di scuola di istruzione primaria o secondaria, universitario, professionale o post-universitario.

N.B. La presente richiesta dovrà improrogabilmente essere presentata entro il 31 agosto di ciascun anno.