



Comune di Pordenone

Comune di Roveredo in Piano



Comune di Roveredo in Piano

Dich. "Congedo parentale"

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 _____

- checkbox dipendente presso la ditta... con sede... in... via... n... tel...
checkbox lavoratore autonomo
checkbox Non ha diritto al congedo parentale dal lavoro
checkbox Non ha fruito né fruisce di periodi di congedo parentale
checkbox 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. 13 del D.L. 30 giugno 2003, n. 196

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

Comune di Roveredo in Piano



Comune di Roveredo in Piano

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 consegue 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

Comune di Roveredo in Piano



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 consegua 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 _____ nata/a _____ il _____ e
residente a _____

Data

Firma

--	--	--	--



Comune di Pordenone

Comune di
Roveredo in Piano



**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 INPS del _____;

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

--	--	--	--

