

AL DIRETTORE GENERALE
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SASSARI
PIAZZA UNIVERSITA', 21
SASSARI
protocollo.pec@uniss.it

SEDE

**OGGETTO: DOMANDA PERMESSI PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE
DI HANDICAP GRAVE - ART. 33, COMMA 3, LEGGE 104/1992**

Dati relativi al richiedente

IL SOTTOSCRITTO

Cognome _____ Nome _____

data di nascita _____ Comune o stato estero di nascita _____

Prov. _____ Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Indirizzo (via, piazza, n. civico, frazione, ecc.) _____

CAP _____ numero telefonico (con prefisso) _____

In servizio presso _____ num. tel. Sede lavoro _____

Orario di servizio tempo pieno part-time verticale part-time orizzontale

chiede di usufruire nell'arco dell'anno:

3 giorni di permesso mensile

ovvero

n. _____ ore mensili

o fruizione mista (giorni ed ore)

per il sotto indicato portatore di handicap riconosciuto grave ai sensi del 3° comma dell'art. 3 della Legge 104/92

Dati relativi al portatore di handicap:

Cognome _____ Nome _____

data di nascita _____ Comune o stato estero di nascita _____

Prov. _____ Codice Fiscale _____

Grado di parentela o affinità con il dipendente

dati di residenza (da indicare solo se diversi da quelli del richiedente):

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Indirizzo (via, piazza, n. civico, frazione, ecc.) _____

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;*
- *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;*
- *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;*

DICHIARA

CHE DA PARTE DELLA COMMISSIONE ASL NON SI E'PROVVEDUTO A RETTIFICHE O NON È STATO REVOCATO O MODIFICATO IL GIUDIZIO SULLA GRAVITA' DELL'HANDICAP (se già consegnato all'Amministrazione certificato commissione ASL);

CHE NESSUN FAMILIARE O AFFINE FINO AL 2° GRADO BENEFICIA DEI PERMESSI PER LO STESSO SOGGETTO IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE;

CHE L'ALTRO GENITORE SIG./SIG.RA (cognome e nome, codice fiscale)

DIPENDENTE/NONDIPENDENTE (indicare datore di lavoro, denominazione, sede, telefono)

BENEFICIA, **ALTERNATIVAMENTE**, DEI PERMESSI RICHIESTI;

CHE NESSUN FAMILIARE O AFFINE FINO AL 3° GRADO BENEFICIA DEI PERMESSI PER LO STESSO SOGGETTO IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE (**SOLO QUALORA I GENITORI O IL CONIUGE DELLA PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE ABBIANO COMPIUTO I 65 ANNI DI ETA' OPPURE SIANO ANCHE ESSI AFFETTI DA PATOLOGIE INVALIDANTI O SIANO DECEDUTI O MANCANTI**)

• **Indicare la motivazione** _____;

CHE IL DISABILE NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI (salvo situazioni eccezionali espressamente previste e debitamente documentate);

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE (dichiarazione utile nel caso si proceda a delle verifiche da parte dell'Amministrazione sull'esclusività della prestazione)

Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

Si allega certificato della commissione ASL attestante la connotazione di gravità dell'handicap di cui al 3° comma Dell'art. 3 della Legge 104/92 (se non ancora presentato all'Amministrazione).

*Se non si è ancora in possesso della certificazione di handicap è ammessa un'eccezione: l'articolo 2, comma 2, del Decreto Legge 27 agosto 1993, n. 324 (convertito alla [Legge 27 ottobre 1993, n. 423](#)) prevede che qualora la Commissione medica non si pronunci entro 90 giorni dalla presentazione della domanda, l'accertamento può essere effettuato provvisoriamente dal medico, in servizio presso l'Azienda USL che assiste il disabile, specialista nella patologia dalla quale è affetta la persona handicappata.

Il sottoscritto si impegna a presentare dichiarazione a cadenza annuale che da parte della ASL non si è provveduto a revoche, rettifiche o modifiche circa il giudizio sulla connotazione di gravità, nonché a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei presupposti per la fruizione dei permessi stessi.

Data

Firma
