

DATI ANAGRAFICI DIPENDENTE

<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Cognome	nome			M/F
DOMICILIO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo	Comune	Prov.	CAP	

CHIEDE di poter fruire dei giorni di Permesso Retribuito previsto dalla Legge 104/92 art. 33 comma 3, in qualità di affidatario di persona handicappata in situazione di gravità:

DATI ANAGRAFICI DEL PORTATORE DI HANDICAP GRAVE (art.3 comma 3 Legge 104/92)

<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Cognome	nome			M/F
DOMICILIO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comune di Nascita		Prov.	Data di Nascita	
DOMICILIO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo	Comune	Prov.	CAP	

RELAZIONE DI PARENTELA con il soggetto disabile : _____

- DICHIARA :**
- che nessun familiare beneficia dei permessi e delle agevolazioni di cui all' Art.33 della Legge 104/92 per lo stesso disabile (vedi dichiarazione allegata) e di essere l'unico soggetto in grado di prestare al disabile assistenza continuativa ed esclusiva.
 - Di convivere con il disabile ovvero di essere l'unico soggetto in grado di assicurare una tempestiva assistenza (non più di un'ora di viaggio dalla propria abitazione a quella del disabile)
 - Che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati
 - Di svolgere con continuità ed esclusività l'assistenza per le necessità quotidiane del soggetto disabile e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza

Il / la sottoscritt__ , consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste in caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie e delle situazioni dichiarare con la presente.

ALLEGA :

(1) Copia conforme del verbale della COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP GRAVE (art.3 comma 3 Legge 104/92) rilasciato dalla ASL _____

(2) Dichiarazione degli altri familiari del disabile circa la mancata richiesta dei benefici della Legge 104/92 art.33

Roma li, _____

firma del dipendente : _____

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL PORTATORE DI HANDICAP GRAVE

I sottoscritti, _____ il/la Sig. _____
(familiare disabile grave ai sensi della Legge 104/92 art.3 comma 3)
nel comune di _____ Via _____

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i
seguenti motivi : _____
e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art.33 della Legge 104/92

Familiare 1 DATI ANAGRAFICI

_____	_____	_____	_____	_____
Cognome	nome			M/F
_____	_____	_____	_____	_____
Relazione di parentela con il disabile	Comune di Nascita	Prov.	Data di Nascita	

Familiare 2 DATI ANAGRAFICI

_____	_____	_____	_____	_____
Cognome	nome			M/F
_____	_____	_____	_____	_____
Relazione di parentela con il disabile	Comune di Nascita	Prov.	Data di Nascita	

Familiare 3 DATI ANAGRAFICI

_____	_____	_____	_____	_____
Cognome	nome			M/F
_____	_____	_____	_____	_____
Relazione di parentela con il disabile	Comune di Nascita	Prov.	Data di Nascita	

Familiare 4 DATI ANAGRAFICI

_____	_____	_____	_____	_____
Cognome	nome			M/F
_____	_____	_____	_____	_____
Relazione di parentela con il disabile	Comune di Nascita	Prov.	Data di Nascita	

Familiare 5 DATI ANAGRAFICI

_____	_____	_____	_____	_____
Cognome	nome			M/F
_____	_____	_____	_____	_____
Relazione di parentela con il disabile	Comune di Nascita	Prov.	Data di Nascita	

Roma li, _____

firme :

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____