



ISTANZA DI CONCESSIONE DEI PERMESSI PER ASSISTENZA PERSONA DISABILE

Art. 33 Legge 05/02/1992, n. 104 e s.m.i.

Prot. n. _____

Al Direttore amministrativo
del Conservatorio di musica Franco Vittadini
Via Volta, 31
27100 Pavia (PV)

Il richiedente _____

Data e luogo di nascita _____

dipendente del Conservatorio di musica Franco Vittadini

con contratto di lavoro

full time ☐

part time ☐

indeterminato ☐

determinato ☐

CHIEDE

di beneficiare dei permessi di cui all'art. 33 della Legge 05/02/1992, n. 104 e s.m.i. per assistere il/la sig./sig.ra _____

_____ nato/a a _____ il

_____ quale portatore di handicap e di voler fruire dei permessi secondo

le seguenti modalità:

☐ 3 giorni al mese (indipendentemente della durata oraria della giornata lavorativa)

☐ 18 ore al mese (nel caso di contratto a tempo pieno)

(Eventuali variazioni alle predette modalità di fruizione, dovranno essere comunicate entro l'inizio del mese di riferimento)



A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.

DICHIARA

1. che l'ASL/ATS di _____,
nella seduta del _____, ha riconosciuto, come risulta dalla certificazione che si
allega, la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 05/02/1992, n. 104 e s.m.i.) della suddetta
persona da assistere;
2. di essere nei confronti della persona disabile (barrare l'opzione che interessa):
 - ☐ genitore
 - ☐ coniuge
 - ☐ parente entro il secondo grado
 - ☐ affine entro il secondo grado

 - ☐ parente entro il terzo grado
 - ☐ affine entro il terzo gradosolo in questi ultimi due casi, parentela o affinità entro il terzo grado, barrare le ulteriori opzioni interessate:
i genitori o il coniuge della persona disabile
 - ☐ hanno compiuto i 65 anni di età
 - ☐ sono affetti da patologie invalidanti
 - ☐ sono deceduti o mancanti;
3. che la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno;
4. che non ci sono attualmente altre persone, lavoratori dipendenti, che beneficiano dei permessi di cui all'art. 33
della Legge 05/02/1992, n. 104 e s.m.i. per assistere il predetto disabile;

Solo ed unicamente nel caso di assistenza al figlio disabile:

che l'altro genitore, lavoratore presso (nome del datore di lavoro) _____

_____, con sede a _____



_____ beneficia dei
permessi per lo stesso minore in stato di disabilità, alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo complessivo (3 giorni/18 ore mensili) per entrambi i genitori;

5. che la persona disabile per la quale vengono richiesti i permessi ha formalmente accettato l'assistenza esclusiva del sottoscritto, come da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà che si allega;
6. di impegnarsi, qualora la persona disabile risieda in comune situato a distanza stradale superiore a 150 km rispetto alla propria residenza, a produrre, per ogni permesso fruito, titolo di viaggio o altra documentazione idonea attestante il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito;
7. ☐ di fruire dei permessi di cui trattasi per l'assistenza di altro/i disabile/i;
☐ di non fruire dei permessi di cui trattasi per l'assistenza di altro/i disabile/i;
8. di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopra esposti, consapevole delle conseguenze derivanti dall'impropria fruizione del beneficio concesso.

Data, _____

Firma, _____

Si prega di compilare tutte le parti del modulo in maniera chiara e leggibile.

Per presa visione:

Data, _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

I dati contenuti nella presente richiesta e nella documentazione allegata sono trattati e conservati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela della privacy (Regolamento europeo 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016) al fine del riconoscimento dei benefici di cui alla normativa richiamata

Ai fini della compilazione della banca dati informatica presso il Dipartimento della funzione pubblica, Legge 04/11/2010, n. 183 e s.m.i., art. 24, si chiede cortesemente di compilare la sotto riportata tabella.

Dati dipendente che usufruisce dei permessi ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104 per l'assistenza a disabili

Cognome Nome		
Data di nascita		
Luogo di nascita		Provincia
Codice fiscale		
Residente a		Provincia
Data presa in servizio		
Tipologia contratto: ☐ Tempo pieno ☐ Part time		

Dati persona assistita

Scheda rilevazione permessi Legge 05/02/1992, n. 104		
Cognome Nome		
Data di nascita		
Luogo di nascita		Provincia
Cod. fiscale		
Residente a		Provincia
Tipo disabilità: ☐ Non rivedibile ☐ Rivedibile in data		
Tipo parentela: ☐ GENITORE ☐ CONIUGE ☐ FIGLIO ☐ PARENTE AFFINE SINO AL 2° GRADO PARENTELA ☐ PARENTE O AFFINE SINO AL 3° GRADO		
L'assistito è dipendente pubblico SI ☐ NO ☐		
L'assistito è minore di tre anni e la fruizione della agevolazione è alternativa con genitore dipendente pubblico SI ☐ NO ☐		



Agevolazioni ottenute dal lavoratore dipendente:

Ha usufruito dell'avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al proprio domicilio?	SI ☐	NO ☐
Il rapporto di lavoro è stato trasformato in regime part-time	SI ☐	NO ☐
Il rapporto di lavoro è stato trasformato da part-time a tempo pieno	SI ☐	NO ☐

Pavia, lì

Firma
