

Modello per richiesta nuova istanza benefici legge 104/92



Regione Siciliana

Assessorato regionale delle Autonomie Locali e della Funzione Pubblica

Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale

Viale Regione Siciliana, 2194 - 90135 Palermo

Servizio 1 - Gestione giuridica del personale

Mail: giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it

SPAZIO
RISERVATO AL
PROTOCOLLO

Protocollo numero

Data protocollo

DATI
RICHIEDENTE

Cognome

Nome

Attenzione : E' assolutamente **necessario** per istruire la pratica indicare nel riquadro sulla destra il numero di **matricola** (numero di 5 cifre sul tesserino)
ed inoltre un recapito telefonico a scelta del richiedente per eventuali comunicazioni dall'ufficio

RECAPITI PER
EVENTUALI
COMUNICAZIONI

Indirizzo di posta elettronica (a scelta)

Recapito telefonico (a scelta dell' interessato : fisso o cellulare)

SEDE DI SERVIZIO
e RUOLO

Assessorato

Dipartimento

Area / servizio / Ufficio

Ruolo

indicare un opzione di scelta dal menu a tendina sotto (se a "tempo parziale" o a "tempo pieno")

con contratto a tempo indeterminato

Attenzione : E' assolutamente necessario per istruire la pratica indicare nell'apposita casella sotto l'indirizzo di posta elettronica richiesto

Indirizzo di posta elettronica dell'Ufficio presso il quale il richiedente presta servizio (**Necessario**)

CHIEDE

RICHIESTA

Di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L.104/92

Indicare se "a giorni" o "ad ore"

nelle giornate che saranno indicate
in tempo utile agli uffici di appartenenza

in quanto affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 legge 104/92

indicare : se "figlio" o "figlia" "nato" o "nata" luogo di nascita

in data

indicare : se "per se stesso" o "per un familiare")

indicare : "parente o affine" 1° grado, 2° grado o 3° grado (* vedi **legenda** sotto)

legenda : 1° grado : genitori e figli

2° grado : fratelli e nonni

3° grado : bis-avi, pronipoti, zii, nipoti (figli di fratelli/sorelle)

A TAL FINE DICHIARA

- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso istituto specializzato (1)
- che il portatore di handicap è ricoverato presso struttura che non fornisce assistenza sanitaria continuativa (2)
- che l'altro genitore (in caso di richiesta del genitore per il figlio)
- è lavoratore dipendente presso
- svolge lavoro autonomo
- non svolge attività lavorativa
- che altro familiare fruisce dei permessi per la stessa persona con disabilità grave art. 3, c.1, D.lgs. n. 105/2022
- che nessun altro familiare fruisce dei permessi per la stessa persona con disabilità grave
- che per lo stesso portatore di handicap nessun familiare ha fruito del collocamento in quiescenza ai sensi dell'art. 39 comma 1 della L.R. 10/2000 e ss. mm. e ii.
- che il rapporto di parentela o affinità con il portatore di handicap è il seguente:
- che il genitore o il coniuge (in caso di richiesta del parente o affine di terzo grado) del portatore di handicap si trova nelle condizioni di assenza, età anagrafica o patologia prevista dall'art. 33 comma 3 della L.104/92
- di essere l'unico referente dalla gestione / dell'assistenza al portatore di handicap
- di fruire di altro premesso art. 33 indicare : se "comma 3" o "comma 6")

Da compilare solo in caso di ADOZIONE o AFFIDAMENTO

Provvedimento numero: rilasciato dal Tribunale di : in data

ALLEGA

- certificato della competente struttura sanitaria (o eventuale certificazione provvisoria) che attesta la presenza di una condizione di handicap grave di cui al comma 3 dell'art. 3 della L. 104/92

- copia documento d'identità, in corso di validità, del richiedente
- copia documento d'identità, in corso di validità, del familiare portatore di handicap
- altra documentazione :

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più corrispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'evento:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno o decesso del soggetto in condizioni di handicap grave;
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della competente Commissione sanitaria;
- la fruizione dei permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap, da parte di altri familiari.

(1) I permessi, anche in caso di ricovero, possono essere concessi nei casi di: interruzione del ricovero per recarsi al di fuori della struttura che ospita il disabile per effettuare visite e terapie appositamente certificate; ricovero a tempo pieno di un disabile in situazione di gravità in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine; ricovero a tempo pieno di un disabile in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un familiare.

(2) Allegare la dichiarazione rilasciata dalla struttura ove il disabile è ricoverato con la quale è attestato che non è fornita assistenza sanitaria.

SOTTOSCRIZIONE

	Luogo	Data	Firma

DATI E DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CON DISABILITA'

Il/la sottoscritto/sottoscritta	Nato/a a		in data
residente in	via/piazza		

DICHIARA

DICHIARAZIONE indicare : "parente o affine" 1° grado, 2° grado o 3° grado (* vedi **legenda** a destra)

legenda : 1° grado : genitori e figli
2° grado : fratelli e nonni
3° grado : bis-avi, pronipoti, zii, nipoti (figli di fratelli/sorelle)

di essere in condizioni di disabilità grave accertata dalla competente Commissione Sanitaria di

di non essere ricoverato a tempo pieno

e di essere assistito/a dal sig./dalla sig.ra Nome e cognome della persona che presta assistenza

Nato/a a

residente in

SOTTOSCRIZIONE

Firma

Dichiarazione del disabile che non sa o non può firmare

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante identificato mediante estremi del documento di riconoscimento n

che ha altresì dichiarato :

che non sa firmare

che non può firmare a causa di un impedimento temporaneo

Ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018 i dati personali forniti saranno raccolti e trattati anche con l'uso di sistemi informatizzati per l'emanazione dei conseguenziali provvedimenti.

La struttura del presente modello non deve essere in alcun modo alterata con modifiche e/o cancellazioni.

L'invio al Servizio I F.P. potrà avvenire anche a mezzo mail all'indirizzo: giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it allegando **copia del documento di riconoscimento** in formato .pdf - In difformità a quanto esposto la richiesta non troverà accoglimento.