



NUOVA ISTANZA BENEFICI L. 104/92

REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLE
AUTONOMIE LOCALI E DELLA FUNZIONE PUBBLICA

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA

SERVIZIO 3 - GESTIONE GIURIDICA DEL PERSONALE
giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it

per il tramite

SPAZIO
RISERVATO AL
PROTOCOLLO

Protocollo numero

Data protocollo

DATI DEL
RICHIEDENTE

Cognome

Nome

Comune

Provincia sigla

Residenza
anagrafica

Via / Piazza

Numero civico

C. a. p.

Recapito posta elettronica personale

Recapito telefono fisso

Recapito cellulare

SEDE DI SERVIZIO
E RUOLO

Assessorato

Dipartimento

Area/ Servizio/ Ufficio

Ruolo

con contratto a tempo indeterminato

tempo parziale

tempo pieno

posta elettronica ufficio

RICHIESTA

CHIEDE PER L'ANNO

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

a giorni

a 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

per il/la figlio/a

nato/a

il

C.F.

in quanto parente o affine

DICHIARAZIONE

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 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 comma 3 comma 6

Da compilare solo in caso di ADOZIONE o AFFIDAMENTO

Provvedimento n. 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.
- 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 risulti 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.

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.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo

Data

Firma

DATI E DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CON DISABILITA'

DATI DEL DISABILE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ C.F. _____
residente in _____ Via / Piazza _____

DICHIARAZIONE

DICHIARA

di essere figlio o affidato del richiedente
di essere in condizione di disabilità grave accertata dalla competente Commissione Sanitaria di
di non essere ricoverato a tempo pieno e di essere assistito dal/dalla sig./sig.ra _____
nato/a _____ il _____

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

Se il disabile è impossibilitato a firmare ed è soggetto a tutela, curatela o amministrazione di sostegno la dichiarazione deve essere sottoscritta rispettivamente dal tutore o dall'interessato con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno. In questi casi occorre allegare copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno.