

AL SIG. QUESTORE - ROMA

RICHIESTA ANNUALE PERMESSI MENSILI RETRIBUITI EX ART. 33,  
COMMA 3, LEGGE 104/92, MODIF. DALL'ART.24 L.183/2010  
Mod. n.11 agg.2011 P.M.R.

\_\_\_\_\_, I. sottoscritt \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, in servizio presso l'Ufficio : \_\_\_\_\_  
stato civile \_\_\_\_\_

### CHIEDE

1. ( ) di fruire dei TRE GIORNI di permesso mensile retribuito previsti per l'assistenza al figlio \_\_\_\_\_ minore di tre anni riconosciuto persona in situazione di handicap grave art.24, co. 1 lett. a) L.183/2010 (n.b. può essere fruito in alternativa al prolungamento del congedo parentale o dei permessi orari giornalieri retribuiti eventualmente richiesti dall'altro genitore);
2. ( ) di fruire dei TRE GIORNI di permesso mensili retribuiti per assistere \_\_\_\_\_ ( ) figlio maggiore di 3 anni ( ) parente entro il \_\_\_\_\_ grado ( ) affine entro il \_\_\_\_\_ grado riconosciuta persona in situazione di handicap grave  
Art.33 co.3 L.104/92 sostituito da art.24 co. 1 lett. a) L.183/2010 e art. 42 co.2 D.Lgs. 151/2001 sostituito da art.24 co.2 lett.a) L.183/2010

Roma, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Firma del richiedente

In relazione alla suddetta richiesta il richiedente, **CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI** conseguenti a dichiarazioni non veritiere o formazione o uso di atti falsi di cui all'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, ai sensi dello stesso D.P.R. artt.46 e 47,

### DICHIARA

(dichiarare solo fatti e stati di cui si ha piena e certa conoscenza e documentare quelli di cui non si è certi)

1. di essere **RESIDENTE ANAGRAFICAMENTE** in \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ scala \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_
2. di **DIMORARE IN MODO CONTINUATIVO** (da compilare solo nel caso di diversa residenza anagrafica) in \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ p. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_
3. di ( ) essere ( ) non essere **stato formalmente autorizzato** a dimorare in modo abituale e permanente presso la suddetta località (n.b. da compilare solo da parte di coloro che dimorano fuori dal comune ove ha sede il proprio ufficio di appartenenza)
4. di ( ) non fruire ( ) fruire di un alloggio collettivo della Polizia di Stato presso \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
5. **n.b. parte da compilare solo nel caso in cui i permessi vengano richiesti per assistenza al figlio con handicap** : che l'altro genitore della persona in situazione di handicap è: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ **RESIDENTE ANAGRAFICAMENTE** in \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ scala \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ e **DIMORANTE IN MODO CONTINUATIVO** (da compilare solo nel caso di diversa residenza anagrafica) in \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ scala \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ ( ) non lavoratore ( ) lavoratore presso \_\_\_\_\_ nr. Pos. INPS \_\_\_\_\_ o altra posizione \_\_\_\_\_ ( ) **lavoratore autonomo** partita IVA n. \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_ ( ) fruitore ( ) non fruitore degli stessi permessi chiesti dallo scrivente - previsti dalla L.104/92, Altre notizie: \_\_\_\_\_
6. di richiedere i suddetti permessi, per **prestare assistenza alla persona in situazione di handicap** meglio sotto generalizzata, riconosciuta dalle competenti strutture sanitarie, ai sensi dell'art.3, comma 3 L.104/92, ( ) **RIVEDIBILE AL** \_\_\_\_\_ ( ) **NON RIVEDIBILE** come da verbale allegato in c.c.o;

Firma del dichiarante pg.1

## DATI DELLA PERSONA IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
di anni \_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_, ( ) PARENTE di \_\_\_\_ grado ( ) AFFINE di \_\_\_\_ grado con il sottoscritto,  
ovvero \_\_\_\_\_ (padre, madre, figlio, nonno, ecc.) **RESIDENTE ANAGRAFICAMENTE** in  
\_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_ scala \_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

**DIMORANTE IN MODO CONTINUATIVO** (da compilare solo nel caso di dimora diversa dalla residenza  
anagrafica) in \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ p. \_\_\_\_ sc. \_\_\_\_ int. \_\_\_\_

Ricoverato in strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria per le  
intere 24 ore ( ) SI ( ) NO. In caso affermativo, indicare la denominazione e l'indirizzo della struttura sanitaria,  
precisando quali siano le circostanze che giustificano la richiesta di assistenza al disabile nonostante sia ricoverato:

## PARTE RISERVATA AI SOLI CASI DI PARENTELA/AFFINITA' DI TERZO GRADO CON LA PERSONA IN SITUAZIONE DI HANDICAP

### Dati del **CONIUGE** della persona in situazione di handicap:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
**RESIDENTE ANAGRAFICAMENTE** in \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_ scala \_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ e **DIMORANTE IN MODO CONTINUATIVO** (da compilare  
solo nel caso di dimora diversa dalla residenza anagrafica) in \_\_\_\_\_ ( )  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_ scala \_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

Nel caso in cui il coniuge non abbia compiuto 65 anni, occorre indicare se il coniuge è:

- 1) affetto da patologie invalidanti SI ( ) NO ( ) In caso affermativo, occorre che la patologia invalidante sia attestata mediante apposita certificazione sanitaria rilasciata da un medico ASL. In tale certificato dovrà risultare altresì se la patologia rientri tra quelle indicate dal Dip. Funzione Pubblica con circ. n.13 del 6/12/2010 (si veda legenda)
- 2) DECEDUTO SI ( ) NO ( )
- 3) MANCANTE SI ( ) NO ( ) In caso affermativo indicare il motivo ed allegare documentazione ufficiale:

### Dati dei **GENITORI** della persona in situazione di handicap:

**PADRE:** Cognome e nome \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
**RESIDENTE ANAGRAFICAMENTE** in \_\_\_\_\_ ( )  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_ scala \_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ e **DIMORANTE IN**  
**MODO CONTINUATIVO** (da compilare solo nel caso di dimora diversa dalla residenza anagrafica) in  
\_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ piano \_\_\_\_ scala \_\_\_\_ int. \_\_\_\_

Nel caso in cui il padre non abbia compiuto 65 anni, occorre indicare se lo stesso è:

- 1) affetto da patologie invalidanti SI ( ) NO ( ) In caso affermativo, occorre che la patologia invalidante sia attestata mediante apposita certificazione sanitaria rilasciata da un medico ASL. In tale certificato dovrà risultare altresì se la patologia rientri tra quelle indicate dal Dip. Funzione Pubblica con circ. n.13 del 6/12/2010 (si veda legenda)
- 2) DECEDUTO SI ( ) NO ( )
- 3) MANCANTE SI ( ) NO ( ) In caso affermativo indicare il motivo ed allegare documentazione ufficiale:

**MADRE:** Cognome e nome \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
**RESIDENTE ANAGRAFICAMENTE** in \_\_\_\_\_ ( )  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_ scala \_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ e **DIMORANTE IN**  
**MODO CONTINUATIVO** (da compilare solo nel caso di dimora diversa dalla residenza anagrafica) in  
\_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ piano \_\_\_\_ scala \_\_\_\_ int. \_\_\_\_

Nel caso in cui la madre non abbia compiuto 65 anni, occorre indicare se la madre è:

- 1) affetta da patologie invalidanti SI ( ) NO ( ) In caso affermativo, occorre che la patologia invalidante sia attestata mediante apposita certificazione sanitaria rilasciata da un medico ASL. In tale certificato dovrà risultare altresì se la patologia rientri tra quelle indicate dal Dip. Funzione Pubblica con circ. n.13 del 6/12/2010 (si veda legenda)
- 2) DECEDUTO SI ( ) NO ( )
- 3) MANCANTE SI ( ) NO ( ) In caso affermativo indicare il motivo ed allegare documentazione ufficiale:

Firma del dichiarante pg.2

**Il sottoscritto, in relazione al beneficio richiesto, dichiara, altresì:**

- a) di essere, nell'ambito dei parenti ed affini entro il 3° grado della persona in situazione di handicap, l'unico fruitore dei permessi mensili retribuiti previsti dalla legge 104/92 e successive modifiche; e che nessun altro ha in corso la procedura per tale riconoscimento (n.b. ad eccezione dell'altro genitore, nel caso in cui i permessi vengano chiesti per assistere il figlio in situazione di handicap. E' da tenere presente che in tale fattispecie i permessi possono essere fruiti anche congiuntamente nel limite massimo di tre giorni mensili tra tutti e due i genitori);
- b) di prestare realmente assistenza nei confronti della persona in situazione di handicap per il quale sono chiesti i permessi e di essere consapevole che le agevolazioni in argomento sono uno strumento di assistenza al disabile e che, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- c) di essere consapevole che 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- d) di essere a conoscenza dell'obbligo di dare immediata comunicazione al proprio ufficio di appartenenza di ogni variazione rispetto a quanto sopra dichiarato e documentato, ovvero di ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- e) di essere a conoscenza che ai sensi e per gli effetti dell'art.10 della legge 675/96 e succ. mod., i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- f) di essere a conoscenza che all'inizio di ogni mese dovrà comunicare all'amministrazione se intende fruire i permessi in ore (totali 18) o in giorni (totali 3);
- g) di essere a conoscenza che, come evidenziato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, deve comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa;
- h) di essere a conoscenza che l'amministrazione procederà alla verifica periodica o anche a campione delle dichiarazioni sostitutive, secondo le consuete modalità (artt.71 e 72 del d.p.r. 445/2000) attraverso i propri servizi ispettivi o comunque su disposizioni impartite dall'ufficio preposto alla gestione del personale;
- i) di essere a conoscenza che, ove nell'ambito o a seguito degli accertamenti emergessero gli estremi di una responsabilità disciplinare, l'Amministrazione procederà alla tempestiva contestazione degli addebiti per lo svolgimento del relativo procedimento e, se del caso, alla comunicazione alle Autorità competenti delle ipotesi di reato.

Altre informazioni ritenute utili per l'accoglimento dell'istanza:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del dichiarante**

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata assieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante all'ufficio competente via fax oppure a mezzo posta.

Allega documento tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Visto: per l'autenticità delle firme di pagg. 1, 2, 3 (timbro dell'ufficio)

Data, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

(firma dell'ufficio)

## **LEGENDA:**

### **Gradi di parentela/affinità:**

La parentela è il vincolo tra le persone che discendono da uno stesso stipite, art.784 c.c.

L'affinità è il vincolo tra un coniuge e i parenti dell'altro coniuge, art.78 c.c.

PARENTI di PRIMO GRADO: genitori, figli

PARENTI di SECONDO GRADO: nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli dei figli)

PARENTI di TERZO GRADO: bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e/o sorelle), pronipoti in linea retta.

AFFINI di PRIMO GRADO: suocero/a, nuora, genero

AFFINI di SECONDO GRADO: cognati

AFFINI di TERZO GRADO: zii acquisiti, nipoti acquisiti.

### **Patologie invalidanti del coniuge o genitori del disabile, come da indicazione circ. Dip. Funzione Pubblica n.13 del 6.12.2010:**

1. patologie acute o croniche che determinano temporanea riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;
2. patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;
3. patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario.