

	Amministrazione destinataria Comune di Bitonto	
	Ufficio destinatario Servizio per la gestione del Personale	

Domanda di permesso retribuito

Ai sensi dell'articolo 33 della Legge 05/02/1992, n. 104

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
inquadrate nel seguente profilo professionale											
Figura professionale				Categoria salariale				Posizione economica			
Direzione				Servizio							

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi retribuiti dalla Legge 05/02/1992, n.104 nella seguente modalità

<input type="radio"/>	due ore di permesso giornaliero (solo per chi fruisce dei permessi per se stesso)
<input type="radio"/>	tre giorni di permesso al mese
<input type="radio"/>	18 ore di permesso al mese

Soggetto interessato											
<input type="radio"/>	per sè stesso										
<input type="radio"/>	per il seguente assistito										
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Comune	Provincia	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP	
									<input type="checkbox"/>		
In qualità di (*)											

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

la tipologia di disabilità

<input type="radio"/>	non rivedibile
<input type="radio"/>	rivedibile
	Anno di revisione

che lo assiste in quanto

<input type="checkbox"/>	coniuge della persona con handicap con età superiore a 65 anni
<input type="checkbox"/>	genitore della persona con handicap con età superiore a 65 anni
<input type="checkbox"/>	coniuge affetto da patologia invalidante
<input type="checkbox"/>	genitore affetto da patologia invalidante
<input type="checkbox"/>	coniuge deceduto o mancante
<input type="checkbox"/>	genitore deceduto o mancante

che il portatore di handicap

<input type="radio"/>	non presta attività lavorativa
<input type="radio"/>	presta attività lavorativa e non beneficia dei permessi per sé stesso
	Presso

che l'assistito

<input type="radio"/>	non è ricoverato a tempo pieno
<input type="radio"/>	è ricoverato a tempo pieno, e ha necessità di interrompere il ricovero per recarsi fuori della struttura che lo ospita al fine di effettuare visite o terapie
	pertanto, allega documentazione medica
<input type="radio"/>	portatore di handicap, ricoverato a tempo pieno, è in coma vigile o situazione terminale
	pertanto, allega documentazione medica

se il dichiarante è il genitore, che il figlio assistito

<input type="radio"/>	ha più di tre anni
<input type="radio"/>	ha meno di tre anni
Fruizione alternativa	
<input type="radio"/>	no
<input type="radio"/>	sì, con
	Soggetto con cui è condivisa la fruizione del permesso
<input type="checkbox"/>	genitore
<input type="checkbox"/>	coniuge
<input type="checkbox"/>	parente o affine fino al secondo grado
<input type="checkbox"/>	parente o affine fino al terzo grado
	l'altro soggetto
<input type="radio"/>	non presta attività di lavoro dipendente
<input type="radio"/>	presta attività di lavoro dipendente
	Datore di lavoro
	Indirizzo

DICHIARA INOLTRE

- che nessun altro familiare lavoratore beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave
- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste agevolazioni
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale, oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno per la spesa pubblica che lo Stato e la collettività supportano solo per l'effettiva tutela del disabile
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni
- di essere a conoscenza che ogni comunicazione relativa alle assenze dovranno inoltrate di volta in volta al proprio responsabile del servizio, senza la produzione di ulteriore documentazione e che eventuali variazioni alla situazione odierna verranno prontamente comunicate al servizio competente

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità dell'assistito
<input type="checkbox"/>	dichiarazione sostitutiva atto di notorietà a firma del disabile con la quale dichiara la propria volontà di farsi assistere dal dipendente
<input type="checkbox"/>	dichiarazione sostitutiva atto di notorietà a firma del dipendente con la quale dichiara che il verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap in situazione di gravità è copia conforme all'originale
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Bitonto		
Luogo	Data	Il dichiarante