

**MODULO FRUIZIONE BENEFICI L. 104/92**

**RICHIESTA DI FRUIZIONE BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE N. 104/1992 PER ASSISTERE  
FAMILIARE/FIGLIO DISABILE (art. 33, comma 3)**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_  
residenza \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che \_\_\_\_\_ venga riconosciuto il diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e s.m. per assistere il proprio familiare disabile.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 dello stesso DPR n. 445/2000 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici conseguiti, ai sensi dell'art. 75 del DPR stesso

**DICHIARA CHE L'ASSISTITO:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tipo disabilità: (*indicare rivedibile/non rivedibile*)

Rivedibile \_\_\_\_\_ Anno revisione: \_\_\_\_\_  
Non rivedibile \_\_\_\_\_

che ha con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela (*contrassegnare il familiare che si assiste*):

Coniuge \_\_\_\_\_

Figlio maggiorenne \_\_\_\_\_

Figlio minore \_\_\_\_\_

Genitore \_\_\_\_\_

Altro parente o affine entro il II grado (*specificare*): \_\_\_\_\_

Altro parente o affine entro il III grado (*specificare*): \_\_\_\_\_

In caso che il coniuge o uno dei genitori si trovi in una delle seguenti condizioni:

Coniuge della persona disabile oltre i 65 anni \_\_\_\_\_

Genitori della persona con handicap con età superiore a 65 anni

Coniuge affetto da patologia invalidante

Genitore affetto da patologia invalidante

Coniuge deceduto o mancante (*mancanza naturale o giuridica ad es. celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto*)

Genitori deceduti o mancante (*mancanza naturale o giuridica ad es. celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto*)

Altro (*divorzio, separazione legale, abbandono*)

Se l'assistito è un figlio indicare se:  
è minore di tre anni:

SI

NO

La fruizione è alternativa con (*indicare il nome e il grado di parentela*):

Genitore

Coniuge

Parente o affine fino al II grado

Parente o affine fino al III grado

In caso che il coniuge o uno dei genitori si trovi in una delle seguenti condizioni:

Coniuge della persona disabile oltre i 65 anni

Genitori della persona con handicap con età superiore a 65 anni

Coniuge affetto da patologia invalidante

Genitore affetto da patologia invalidante

Coniuge deceduto o mancante (*mancanza naturale o giuridica ad es. celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto*)

Genitori deceduti o mancante (*mancanza naturale o giuridica ad es. celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto*)

Altro (*divorzio, separazione legale, abbandono*)

L'altro genitore o parente o affine è dipendente pubblico

SI

NO

Se sì quale Amministrazione

L'assistito è dipendente pubblico: *(indicare SI o NO)*

SI

NO

Se dipendente pubblico indicare: *(indicare se a tempo indeterminato o a tempo determinato)*

Tempo indeterminato

Tempo determinato

Dipendente presso la seguente Pubblica Amministrazione

**Allega la seguente documentazione:**

Certificato di Commissione Medica ASL per la L. 104/1992 convalidato dal giudizio definitivo dell'INPS attestante che la disabilità del predetto familiare è in condizione di gravità accertata, ai sensi dell'art. 3, comma 3 Legge n. 104/92<sup>1</sup>, la cui validità è

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ senza scadenza

ovvero, in via provvisoria, in attesa che la Commissione si pronunci e della convalida dell'INPS

Certificato medico ASL, di specialista della patologia della quale è affetto il predetto familiare, attestante la disabilità e la condizione di gravità della stessa.<sup>2</sup>

Ulteriore documentazione per assistere parenti o affini entro il III grado

Certificato medico attestante la patologia invalidante

Documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità *(in caso di divorzio, separazione legale, abbandono)*

**Ai suddetti fini dichiara**, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso DPR:

Di essere l'unico familiare a fruire dei permessi per il disabile in questione

Che i seguenti familiari avrebbero diritto a fruire dei permessi per il disabile:

1. generalità \_\_\_\_\_ luogo di lavoro \_\_\_\_\_  
grado di parentela con il disabile \_\_\_\_\_
2. generalità \_\_\_\_\_ luogo di lavoro \_\_\_\_\_  
grado di parentela con il disabile \_\_\_\_\_
3. generalità \_\_\_\_\_ luogo di lavoro \_\_\_\_\_  
grado di parentela con il disabile \_\_\_\_\_

4. generalità

luogo di lavoro

grado di parentela con il disabile

altri

Che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;

Il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o in situazione terminale;

Il familiare disabile è un minore ricoverato in situazione di handicap grave che ha bisogno di assistenza;

Che il disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori della struttura ospitante;

Di fruire di permessi per assistere altri disabili <sup>3</sup> (di seguito indicati) parenti o affini di I grado o di II grado (in quest'ultimo caso occorre produrre idonea documentazione dalla quale risulti che i genitori o il coniuge della persona con handicap grave abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti):

Cognome, nome e grado di parentela/affinità

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA

**Io sottoscritt**

- **Presta assistenza nei confronti del disabile**
- **È 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**
- **Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni**

**FIRMA**

---

<sup>1</sup> In originale o in copia autenticata

<sup>2</sup> Qualora la Commissione Medica ASL si pronunci negativamente i permessi fruiti dovranno essere recuperati

<sup>3</sup> Occorre presentare una domanda per ogni disabile

## INFORMATIVA (art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196)

L'Amministrazione provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Sono autorizzati a richiedere i dati personali i soggetti deputati a realizzare l'istruttoria amministrativa per la concessione dei permessi.

In ogni momento del procedimento l'interessato potrà esercitare il diritto di accesso ai dati personali nei limiti e con le modalità previste dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.

-----

dichiarante è soggetto 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 rispondenti a verità (art. 76 del DPR 445/2000)

Qualora da controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, dichiarante decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000)

Data,

Per presa visione,