



**DOMANDA PERMESSI ART. 33 LEGGE 104/92**

**DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_ Sede di servizio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Tempo pieno  part-time \_\_\_\_\_%

MODALITA DI FRUIZIONE:  3 GIORNI  18 ORE  2 ORE GIORNO (lavoratore disabile)

**DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

DIPENDENTE PUBBLICO NO SI PRESSO \_\_\_\_\_

Portatore di handicap grave accertato dalla ASL di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

RIVEDIBILE NO SI ALLA DATA DEL \_\_\_\_\_

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

RICOVERATO A TEMPO PIENO SI NO

RICOVERATO A TEMPO PIENO presso istituti specializzati SI NO

(per i figli inferiori anni 3)

CONVIVENTE SI NO

GENITORI DI FIGLI DI ETA' COMPRESA DA 3 A 8 ANNI SI NO

**IN CASO DI CONVIVENZA PRECISARE LO STATO DI FAMIGLIA:**

cognome e nome	data e luogo di nascita	attività
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Avvertenza:**

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità (Allegato "A"). Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica.
- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B"). Si precisa che, in caso di genitore di figlio di età compresa tra i tre e gli otto anni, la dichiarazione di cui all'allegato "B" va resa dall'altro genitore.
- Compilare la dichiarazione di cui all'allegato "C" nella quale il soggetto portatore di handicap grave attesta la volontà di essere assistito dal richiedente che già assicura abitualmente un'assistenza sistematica e costante al di fuori dell'orario di lavoro.



di non essere convivente con il soggetto in condizioni di handicap grave, ma di svolgere con continuità ed in via esclusiva l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane. Si precisa che "prestare l'assistenza in via esclusiva" significa che nessun familiare lavoratore usufruisce di tali permessi per lo stesso soggetto e, più in generale, che nessun'altra persona è in grado di prestare assistenza al portatore di handicap grave oltre il richiedente.

---

**IN CASO DI NON CONVIVENZA INDICARE:**

- Distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap Km. \_\_\_\_\_
- Tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap h. \_\_\_\_\_
- Precisare lo stato di famiglia del portatore di handicap

Cognome e nome	data di nascita	rapporto di parentela	professione*
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

\* nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di inabilità lavorativa al 100% o invalidità civile superiore ai 2/3, vanno comunque allegate le relative certificazioni.

**Avvertenza:**

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità (Allegato "A"). Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica.
- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B").
- Nel caso in cui il tempo necessario per raggiungere l'abitazione del soggetto assistito superi la durata di un'ora, allegare il programma di assistenza, a firma congiunta del lavoratore richiedente e del soggetto disabile ovvero del suo amministratore di sostegno ovvero del suo tutore legale, dal quale risulti la motivazione della richiesta (visite mediche, accertamenti sanitari, sostituzione programmata del personale badante, sostituzione di altro familiare nell'assistenza, piano mensile dell'utilizzo dei permessi).

---

**Dichiara, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap.**

---

**ELENCO ALTRI FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP FINO ALLO STESSO GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE**

Cognome e nome	data di nascita	rapporto di parentela	professione*
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

**Avvertenza:**

- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B")



---

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA (Art. 24 L.183/2010)**

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false:

- 1) **Dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità.**
- 2) **Dichiara di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il loro riconoscimento comporta l'assunzione dell'impegno morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza.**
- 3) **Dichiara inoltre di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per questa Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano soltanto per l'effettiva tutela del disabile.**
- 4) **Dichiara infine di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.**

**Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che dovessero intervenire nella situazione sopradescritta.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

---

Si conferma che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ ha sottoscritto l'istanza in mia presenza.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

\_\_\_\_\_

---

**o in alternativa** allegare fotocopia di un documento di identità (non autenticata)

---

**ALLEGATI**

- Certificato rilasciato dall'ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
- Certificato del medico specialista (in attesa del certificato rilasciato dall'ASL)
- Altra documentazione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**N.B.**: Si fa presente che la domanda verrà evasa nei termini previsti dalla L. 241/90 (entro 30 giorni dalla data di ricevimento al protocollo generale).

Qualsiasi integrazione di documentazione richiesta interrompe il suddetto termine.



ALLEGATO "A"

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

---

---

---

---

---

---

Il dichiarante

Lì \_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica di documento di identità (non autenticata).

**INFORMATIVA (ART. 13 d.Lgs. 196/2003)**

La "Sapienza – Università di Roma" informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Università medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel caso rispetto del D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è La "Sapienza – Università di Roma".

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**ALLEGATO "B"**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

**Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

- Di essere lavoratore dipendente presso: \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_
- Altro\*: \_\_\_\_\_
- Dichiaro, inoltre, di non usufruire dei permessi di cui all'art. 33 Legge 104/92 per l'assistenza al familiare \_\_\_\_\_

(\* specificare attività)

Il dichiarante

Lì \_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica di documento di identità (non autenticata).

**INFORMATIVA (ART. 13 d.Lgs. 196/2003)**

La "Sapienza – Università di Roma" informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Università medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel caso rispetto del D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è La "Sapienza – Università di Roma".

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**ALLEGATO "C"**

**DICHIARAZIONE DEL PORTATORE DI HANDICAP GRAVE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di voler essere assistito dal Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
che abitualmente già assicura un'assistenza sistematica e costante al di fuori dell'orario  
di lavoro.

Il dichiarante

Data \_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica di documento di identità (non autenticata).

**INFORMATIVA (ART. 13 d.Lgs. 196/2003)**

La "Sapienza – Università di Roma" informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Università medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel caso rispetto del D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è La "Sapienza – Università di Roma".

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_