



CITTA' DI PIANO DI SORRENTO

Provincia di Napoli

Ufficio Personale

REGOLAMENTO COMUNALE

PER LA CONCESSIONE

DEI BENEFICI CONNESSI

ALLA LEGGE N. 104/92



CITTA' DI PIANO DI SORRENTO

Provincia di Napoli

Ufficio Personale

INDICE

ART. 1 – QUADRO NORMATIVO

ART. 2 – OGGETTO E CAMPO DI APPLICAZIONE

ART. 3 – I PRESUPPOSTI OGGETTIVI PER IL RICONOSCIMENTO DEI PERMESSI: L'ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP GRAVE E L'ASSENZA DI RICOVERO DEL SOGGETTO DISABILE

ART. 3.1 – L'ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP GRAVE

ART. 3.1.1 – L'ACCERTAMENTO PROVVISORIO DELL'HANDICAP GRAVE

ART. 3.1.2 – CASI PARTICOLARI

ART. 3.2 – ASSENZA DI RICOVERO DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE

ART. 4 – SOGGETTI LEGITTIMATI A FRUIRE DEI PERMESSI

ART. 5 – AGEVOLAZIONI A FAVORE DEI LAVORATORI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE

ART. 5.1 – GENERALITÀ

ART. 5.2 – MODALITÀ DI FRUIZIONE E RELATIVA AUTORIZZAZIONE

ART. 6 – AGEVOLAZIONI A FAVORE DEI LAVORATORI CON FIGLI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE

ART. 6.1 – GENERALITÀ

ART. 6.2 – FIGLI FINO A TRE ANNI

ART. 6.3 – FIGLI MAGGIORI DI TRE ANNI

ART. 6.4 – MODALITÀ DI FRUIZIONE E RELATIVA AUTORIZZAZIONE

ART. 7 – AGEVOLAZIONI A FAVORE DEI LAVORATORI CON CONIUGE, PARENTI O AFFINI ENTRO IL 2° E IL 3° GRADO IN CONDIZIONI DI HANDICAP GRAVE

ART. 7.1 – GENERALITÀ

ART. 7.2 – MODALITÀ DI FRUIZIONE E RELATIVA AUTORIZZAZIONE

ART. 8 – DISPOSIZIONI COMUNI

ART. 8.1 – MODALITÀ DI GIUSTIFICAZIONE DELL'ASSENZA E PROGRAMMAZIONE DEI PERMESSI

ART. 8.2 – LAVORO STRAORDINARIO

ART. 8.3 – RINNOVO ANNUALE DEI BENEFICI

ART. 8.4 – RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI HANDICAP GRAVE

ART. 8.5 – FRUIZIONE CUMULATIVA DEI PERMESSI

ART. 8.6 – PLURALITÀ DI PERSONE DA ASSISTERE

ART. 8.7 – MODALITÀ DI FRUIZIONE DEI PERMESSI MENSILI IN CASO DI RAPPORTO DI LAVORO PART TIME

ART. 8.8 – TRATTAMENTO ECONOMICO E PREVIDENZIALE

ART. 8.9 – CONTROLLI

ART. 9 – DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

ART. 10 – ENTRATA IN VIGORE



CITTA' DI PIANO DI SORRENTO

Provincia di Napoli

Ufficio Personale

MODULISTICA ALLEGATA

MOD. A (Dipendente portatore di handicap)

MOD. B (Dipendente con figlio portatore di handicap)

MOD. C (Dipendente con familiare portatore di handicap)

MOD. D (Pianificazione mensile giorni di assenza)

MOD. D1 (Rettifica pianificazione mensile giorni di assenza)

MOD. E (Pianificazione mensile 2 ore giornaliere di assenza)

MOD E1 (Rettifica pianificazione mensile 2 ore giornaliere di assenza)

MOD. F (Pianificazione mensile 18 ore di permesso mensile)

MOD. F1 (Rettifica pianificazione mensile 18 ore di permesso mensile)

MOD. G (Rinnovo annuale benefici)

MOD. H (Dichiarazione di responsabilità e consapevolezza)

ART. 1 – QUADRO NORMATIVO

Il presente regolamento è adottato ai sensi della:

- Legge 5 febbraio 1992 n. 104, avente ad oggetto: “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”;
- Legge 8 marzo 2000 n. 53, avente ad oggetto: “Disposizioni per il sostegno alla maternità e alla paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi della città”;
- Decreto Legislativo 26 marzo 2001 n. 151, avente ad oggetto “Testo Unico delle disposizioni legislative in materie di tutela e sostegno della maternità e della paternità” a norma dell’art. 15 della Legge 8 marzo 2000 n. 53;
- Legge n. 102/2009
- Legge 4 novembre 2010 n. 183, avente ad oggetto “Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l’impiego, di incentivi all’occupazione, di apprendistato di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro”;
- Decreto Legislativo 18 luglio 2011 n. 119 , avente ad oggetto “Attuazione dell’articolo 223 della legge 4 novembre 2010, n. 183, recante delega al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi”.

ART. 2 – OGGETTO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento è adottato dal Comune di Piano di Sorrento e contiene disposizioni per la concessione al personale dipendente dei permessi di cui all’art. 33 della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 e ss.mm.ii. (di seguito Legge n. 104/92) così come integrato dalle relative norme risultanti dai vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro – comparto Regioni/Enti Locali.

ART. 3 – I PRESUPPOSTI OGGETTIVI PER IL RICONOSCIMENTO DEI PERMESSI: L’ACCERTAMENTO DELL’HANDICAP GRAVE E L’ASSENZA DI RICOVERO DEL SOGGETTO DISABILE.

3.1 – L’ACCERTAMENTO DELL’HANDICAP GRAVE

Condizione primaria per il riconoscimento dei permessi previsti dall’art. 33, comma 3 della legge 104/92 è che la persona da assistere sia stata riconosciuta portatrice di handicap in situazione di gravità dalla commissione medico-legale costituita presso la ASL competente, secondo le procedure previste dall’art. 4 della Legge n. 104/92.

Ai sensi dell’art. 20 della Legge n. 102/2009 sul contenuto dell’accertamento si esprime definitivamente l’INPS e pertanto devono essere definiti idonei a giustificare il riconoscimento dei permessi solo i verbali recanti il timbro stampigliato dell’INPS. Ai fini della fruizione dei permessi il verbale di accertamento della Commissione medica dell’ASL, in attesa di validazione da parte dell’Inps può valere come certificazione provvisoria.

ART. 3.1.1 – L’ACCERTAMENTO PROVVISORIO DELL’HANDICAP GRAVE

Qualora la Commissione medica, di cui all’art. 4 della legge 104/92, non si pronunci entro 15 giorni, in caso di patologie oncologiche (v. art. 6 comma 3 bis del D.L. n. 4/2006, convertito in Legge n. 80/2006) o 90 giorni, per tutte le altre patologie (v. art. 2 comma 2 del D.L. n. 324/1993 convertito in legge n. 423/1993) dalla data di presentazione della domanda, gli accertamenti possono essere effettuati, **in via provvisoria**, ai soli fini previsti dall’art.33 della stessa legge n. 104/92, da un medico specialista nella patologia della quale è affetta la persona disabile, in servizio presso una struttura pubblica o privata equiparata alla pubblica (v. circolare Inps n.32/2006). L’accertamento produce effetti sino all’emissione del verbale da parte della Commissione medica; in caso di esito negativo del procedimento di accertamento della condizione di handicap grave, il dipendente sarà tenuto alla restituzione delle prestazioni indebitamente godute. A tal fine il dipendente dovrà dichiarare di essere consapevole che, in caso di provvedimento negativo, è tenuto alla restituzione di quanto fruito.

3.1.2 – CASI PARTICOLARI

Non occorre uno specifico accertamento dell’handicap grave da parte della Commissione Medica per i soggetti affetti della sindrome di Down, per i quali è sufficiente la certificazione del medico di base corredata dalla presentazione del “cariotipo” (mappa genetica).

3.2 – ASSENZA DI RICOVERO DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE

Il dipendente può usufruire dei permessi di cui all’art. 33 c. 3 della Legge 104/92 **esclusivamente** a condizione che il portatore di handicap in situazione di gravità non sia ricoverato a tempo pieno.

Per ricovero a tempo pieno si intende il ricovero che copre l’intero arco della 24 ore presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa. Al riguardo si precisa che i permessi in argomento non possono essere riconosciuti al dipendente per far fronte a necessità assistenziali “non sanitarie” (es. aiuto nell’igiene, nell’alimentazione, nel supporto personale) di cui i familiari di una persona ricoverata si fanno carico.

Costituiscono comunque un’eccezione al sopraccitato presupposto normativo i seguenti casi:

- interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori dalla struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie. In tal caso, il familiare/dipendente che assiste il disabile, ricorrendo gli altri requisiti previsti dall’art. 33 della legge n. 104/92, potrà presentare richiesta per ottenere il riconoscimento dei permessi; sarà comunque tenuto alla presentazione all’Ufficio Personale di apposita documentazione rilasciata dalla struttura sanitaria che attesti le visite o le terapie effettuate;
- ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o stato terminale;
- ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di disabilità grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

Per giustificare la presenza delle sopra menzionate situazioni, connotate da un carattere di particolare eccezionalità, il dipendente è tenuto a produrre idonea documentazione medica.

ART. 4 – SOGGETTI LEGITTIMATI A FRUIRE DEI PERMESSI

I lavoratori legittimati a fruire dei permessi sono:

- il dipendente in situazione di handicap grave;

- i dipendenti genitori che assistono figli in condizione di handicap grave di età inferiore ai tre anni;
- il dipendente che assiste un familiare in situazione di handicap grave, ivi compresi i genitori che assistono figli di età superiore ai tre anni.

ART. 5 – AGEVOLAZIONI A FAVORE DEI LAVORATORI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE

5.1 - GENERALITA'

Ai sensi dell'art. 33, comma 6, della Legge 104/1992, il dipendente portatore di handicap in situazione di gravità ha diritto a fruire, **alternativamente**, in ogni mese di:

- due ore di permesso giornaliero retribuito per ciascun giorno lavorativo del mese;
- tre giorni mensili di permesso retribuito.

La fruizione di tali permessi deve intendersi alternativa e non cumulativa nell'arco dello stesso mese.

5.2 - MODALITA' DI FRUIZIONE E RELATIVA AUTORIZZAZIONE

Per fruire dei benefici di cui sopra, il dipendente interessato deve presentare all'Ufficio Personale, apposita domanda indicando la modalità di fruizione prescelta (3 giorni di permesso mensile retribuito, ovvero 2 ore di permesso retribuito giornaliero), debitamente corredata dalla seguente documentazione:

- copia del verbale definitivo validato dall'INPS attestante l'esistenza dello stato di handicap grave corredato dalla dichiarazione di conformità all'originale ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n.445/2000;

Sarà accettata anche la dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata in via provvisoria, che sarà considerata valida fino all'emissione del giudizio definitivo, in conformità di quanto indicato all'articolo 3.1.1.

Unitamente all'istanza, il dipendente deve presentare una **dichiarazione sottoscritta di responsabilità e consapevolezza**, dalla quale risulti che:

1. il permesso è richiesto per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
2. è consapevole che la possibilità di fruire dei permessi 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;
3. l'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

L'Ufficio Personale, verificata l'adeguatezza, la correttezza della documentazione e la ricorrenza dei presupposti legittimanti la concessione del beneficio, provvede a presentare al Funzionario Responsabile del 1° Settore (AA.GG., Contenzioso, Servizi Demografici, Personale), la proposta di determinazione contenente l'autorizzazione al godimento dei benefici da parte del dipendente, la quale, una volta adottata, verrà trasmessa all'interessato e al Funzionario del settore di appartenenza dello stesso.

Il dipendente potrà richiedere un cambiamento nella modalità di fruizione, che avrà decorrenza dal mese successivo a quello di richiesta; la relativa variazione sarà comunicata al Funzionario del settore di appartenenza del dipendente, con nota dell'ufficio personale.

Art. 6 - AGEVOLAZIONI A FAVORE DEI LAVORATORI CON FIGLI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE

6.1 – GENERALITA'

In deroga alla regola del “referente unico”, i genitori che assistono un figlio in situazione di handicap grave, possono fruire dei permessi retribuiti **alternativamente**, fermo restando il limite complessivo dei tre giorni mensili.

I genitori di un minore di anni tre disabile possono fruire dei permessi di cui all'art. 33 della legge n. 104/92 in aggiunta alle altre prerogative previste nei confronti degli stessi dal D.Lgs. n.151/2001. Pertanto, i genitori di un minore di tre anni in situazione di handicap grave, hanno diritto a fruire, **alternativamente, dei permessi giornalieri mensili**, del prolungamento del congedo parentale o dei riposi orari retribuiti di cui all'art. 42 del D.Lgs. n. 151/2001.

In proposito si richiama la circolare n. 13/2010 con la quale il Dipartimento della Funzione Pubblica ha chiarito che, in quanto rivolti a soddisfare il medesimo scopo, la fruizione dei permessi riconosciuti ai genitori per l'assistenza del figlio disabile “*deve intendersi alternativa e non cumulativa nell'arco del mese, cosicché nel mese in cui uno dei due genitori abbia fruito di uno o più giorni di permesso ai sensi dell'art. 33, comma 3, entrambi i genitori non potranno beneficiare per lo stesso figlio neppure delle due ore di riposo giornaliero, del prolungamento del congedo parentale e del congedo di cui all'art. 42, comma 5, del D.Lgs. n. 151/2001 e viceversa*”.

Riguardo al **prolungamento del congedo parentale**, ai sensi della vigente normativa in materia, i genitori, anche adottivi o affidatari, per ogni figlio portatore di handicap grave, possono fruire entro il compimento dell'ottavo anno di età del bambino, del prolungamento del congedo parentale, in maniera continuativa o frazionata, sino ad un periodo massimo di tre anni. La possibilità di fruire del congedo suddetto decorre dal momento in cui termina il periodo di congedo parentale ordinario riconosciuto alla generalità dei genitori dall'art. 32 del D.Lgs. n. 151/2001.

Anche il prolungamento del congedo parentale, al pari degli altri istituti per l'assistenza ai figli disabili, presuppone che il minore interessato non sia ricoverato a tempo pieno presso strutture specializzate, a meno che la presenza dei genitori non venga richiesta dai sanitari.

L'autorizzazione a fruire del prolungamento del congedo parentale è subordinata alla presentazione da parte del dipendente del verbale di visita medico-legale dal quale risulti il riconoscimento dello stato di handicap grave.

I periodi di astensione dal lavoro, per effetto della fruizione del prolungamento del congedo parentale, sono retribuiti al 30%, sono computati nell'anzianità di servizio, comportano la riduzione delle ferie e della 13^a mensilità e sono coperti da contribuzione figurativa.

In alternativa al prolungamento del congedo parentale ed ai tre giorni di permesso mensile retribuito, fino al compimento del terzo anno di vita del bambino, la lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, anche adottivi, possono fruire di **2 ore di riposo giornaliero retribuito**.

I genitori di un bambino con più di tre anni e fino al compimento di otto anni, possono fruire in maniera alternativa del prolungamento del congedo parentale, di tre giorni di permesso mensile retribuito o di **18 ore mensili, frazionabili ad ore intere**, da ripartire nelle giornate lavorative secondo le esigenze personali.

6.2 – FIGLI FINO A TRE ANNI (Legge n. 104/92 art. 33, comma 2)

L'agevolazione per il dipendente si sostanzia nei seguenti benefici da poter usufruire in maniera alternativa:

- prolungamento dell'astensione dal lavoro (congedo parentale) per un periodo massimo di tre anni, in maniera continuativa o frazionata, e sino al compimento dell'ottavo anno di età del bambino (con retribuzione pari al 30%), a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, salvo che, in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del genitore;
- due ore di permesso giornaliero retribuito;
- tre giorni di permesso mensile retribuito (di tale diritto può usufruire la lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, ovvero entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente, purché il totale dei giorni fruiti nel mese cumulativamente, e tuttavia non contemporaneamente, non sia superiore a tre).

6.3 - FIGLI MAGGIORI DI TRE ANNI (Legge n. 104/92 art. 33, comma 3)

L'agevolazione si concretizza nel godimento alternativo di uno dei seguenti benefici:

- prolungamento dell'astensione dal lavoro (congedo parentale) per un periodo massimo di tre anni e sino al compimento dell'ottavo anno di età del bambino (con retribuzione pari al 30%), a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, salvo che, in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del genitore;
- tre giorni di permesso mensile retribuito a condizione che il portatore di handicap grave da assistere non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati (di tale diritto può usufruire la lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, ovvero entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente, purché il totale dei giorni fruiti nel mese cumulativamente, e tuttavia non contemporaneamente, non sia superiore a tre);
- diciotto ore di permesso mensile frazionabili ad ore intere (non è possibile fruire dei permessi per frazioni di ora).

La fruizione dei permessi da parte dei genitori deve intendersi alternativa e non cumulativa nell'arco dello stesso mese. Pertanto, nel mese in cui uno o entrambi i genitori abbiano beneficiato, anche alternativamente, di uno o più giorni di permesso ai sensi dell'art. 33, comma 3, Legge n. 104/92, gli stessi non potranno usufruire per lo stesso figlio delle due ore di riposo giornaliero o del prolungamento del congedo parentale.

Allo stesso modo, se uno o entrambi i genitori optano per alcuni giorni di prolungamento del congedo parentale per assistere il bambino disabile, gli stessi non potranno più richiedere per lo stesso mese né permessi orari, né permessi giornalieri, mentre potranno beneficiare, in giorni diversi, del congedo straordinario retribuito di cui all'art. 42 C. 5 del D.Lgs. n. 151/2001.

6.4 MODALITA' DI FRUIZIONE E RELATIVA AUTORIZZAZIONE

Il dipendente interessato deve presentare apposita domanda, indicando la modalità di fruizione prescelta debitamente corredata dalla seguente documentazione:

- copia del verbale definitivo validato dall'INPS attestante l'esistenza dello stato di handicap grave corredato dalla dichiarazione di conformità all'originale ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n.445/2000;

L'Ufficio Personale accetterà anche la dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata dalla Commissione della ASL in via provvisoria, che sarà considerata valida fino all'emissione del giudizio definitivo, in conformità di quanto indicato all'articolo 3.1.1.

Unitamente all'istanza, il dipendente deve presentare una **dichiarazione sottoscritta di responsabilità e consapevolezza**, dalla quale risulti che:

1. il permesso è richiesto per prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
2. è consapevole che i permessi sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno morale e giuridico a prestare la propria opera di assistenza;
3. è consapevole che la possibilità di fruire dei permessi 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;
4. l'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Nel caso in cui il dipendente abbia diritto ad usufruire del congedo parentale, è necessario che presenti apposita richiesta entro 15 giorni prima dell'inizio del periodo di assenza richiesta; tale domanda dovrà essere firmata, per presa visione, dal Funzionario Responsabile del Settore di appartenenza del dipendente.

L'Ufficio Personale, verificata l'adeguatezza, la correttezza della documentazione e la ricorrenza dei presupposti legittimanti la concessione del beneficio, provvede a presentare al Funzionario Responsabile del 1° Settore (AA.GG., Contenzioso, Servizi Demografici, Personale), la proposta di determinazione contenente l'autorizzazione al godimento dei benefici da parte del dipendente, la quale, una volta adottata, verrà trasmessa all'interessato e al Funzionario del settore di appartenenza dello stesso.

Il dipendente potrà richiedere un cambiamento nella modalità di fruizione, che avrà decorrenza dal mese successivo a quello di richiesta; la relativa variazione sarà comunicata al Funzionario del settore di appartenenza del dipendente, con nota dell'ufficio personale.

ART. 7 - AGEVOLAZIONI A FAVORE DEI LAVORATORI CON CONIUGE, PARENTI O AFFINI ENTRO IL 2° E 3° GRADO IN CONDIZIONI DI HANDICAP GRAVE

7.1 - GENERALITA'

Ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/92, il lavoratore che assiste il coniuge, ovvero un parente o un affine entro il secondo grado affetto da handicap in situazione di gravità, ha diritto a fruire dei permessi mensili, pari a tre giorni, anche continuativi, o a 18 ore da ripartire nelle giornate lavorative secondo le esigenze personali, **frazionabili ad ore intere (non è possibile fruire dei permessi per frazioni di ora).**

La vigente normativa estende la fruizione dei permessi ex Legge n. 104/92 anche al lavoratore dipendente che assiste un parente o affine entro il terzo grado, ma ciò esclusivamente nel caso in cui si verifichi una delle seguenti condizioni:

- a. quando i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità **abbiano compiuto i sessantacinque anni di età;**

oppure

- b. quando i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità **siano anche essi affetti da patologie invalidanti.** Per il concetto di "*patologie invalidanti*", si richiama l'art.2, comma 1, lett. d), del Decreto Interministeriale – Ministero per la solidarietà sociale, Ministero del lavoro e della previdenza sociale, Ministero per le pari opportunità del 21 luglio 2000, n.278, secondo il quale s'intendono per patologie invalidanti:

- patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente 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 evolutive o soggette a riacutizzazioni periodiche;
- patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;
- patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario.

La presenza delle sopra elencate patologie deve essere debitamente documentata;

oppure

- c. quando i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità **siano deceduti o mancanti**. Il concetto di “mancanza” si concretizza nel verificarsi di una delle seguenti situazioni:
- situazioni di assenza naturale e giuridica in senso stretto (celibato/nubilato, o stato di figlio naturale non riconosciuto);
 - situazioni giuridiche assimilabili a quelle citate, connotate da carattere di stabilità e certezza (divorzio, separazione legale, abbandono), risultanti da documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità.

Il rapporto di parentela e quello di affinità sono definiti dagli artt. 74 e 78 del codice civile.

Art. 74 c.c. “*la parentela è il vincolo tra le persone che discendono da uno stesso stipite, sia nel caso in cui la filiazione è avvenuta all'interno del matrimonio, sia nel caso in cui è avvenuta al di fuori di esso, sia nel caso in cui il figlio è adottivo*”.

Art. 78 c.c. “*L'affinità è il vincolo tra un coniuge e i parenti dell'altro coniuge. Nella linea e nel grado in cui taluno è parente d'uno dei due coniugi, egli è affine dell'altro coniuge*”.

Sono parenti in linea retta le persone di cui l'una discende dall'altra; in linea collaterale quelle che, pur avendo uno stipite comune, non discendono l'una dall'altra (art. 75 c.c.).

Nella linea retta si computano altrettanti gradi quante sono le generazioni, escluso lo stipite. Nella linea collaterale i gradi si computano dalle generazioni, salendo da uno dei parenti fino allo stipite comune e da questo discendendo all'altro parente, sempre restando escluso lo stipite. (art. 76 c.c.)

A titolo esemplificativo, si precisa che:

- sono parenti di primo grado: genitori, figli;
- sono parenti di secondo grado: nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli di figli);
- sono parenti di terzo grado: bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e/o sorelle), pronipoti in linea retta;
- sono affini di primo grado: suocero/a, nuora, genero, patrigno e matrigna con figliastro/a;
- sono affini di secondo grado: cognati. Non sono affini i coniugi del cognato, ovvero i cognati e le cognate del proprio coniuge, né sono affini tra di loro i coniugi di due fratelli/sorelle;
- sono affini di terzo grado: zii acquisiti, nipoti acquisiti.

Il diritto alla fruizione dei permessi di cui all'art. 33, comma 3, Legge n. 104/92, non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità: viene quindi individuato un “**referente unico**” per ciascun disabile, che assume “*il ruolo e la connessa responsabilità di porsi quale punto di riferimento della gestione generale dell'intervento, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della rispondenza ai bisogni dell'assistito*” (parere Consiglio di Stato, n. 5078/2008).

Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui all'art. 33, comma 3, Legge n. 104/92, per assistere una persona in situazione di handicap grave, qualora risieda in un comune situato ad una distanza stradale **superiore a 150 km** rispetto al comune di residenza del disabile, è tenuto ad attestare con titolo di viaggio ovvero con altra documentazione idonea il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

Qualora tale documentazione non sia presentata, o non sia ritenuta idonea ai fini della fruizione del permesso, le relative assenze saranno convertite in ferie o in altri istituti previsti dalla vigente normativa contrattuale.

7.2 - MODALITA' DI FRUIZIONE E RELATIVA AUTORIZZAZIONE

Il dipendente interessato deve presentare apposita domanda richiedendo la fruizione del beneficio in oggetto debitamente corredata dalla seguente documentazione:

- copia del verbale definitivo validato dall'INPS attestante l'esistenza dello stato di handicap grave corredato dalla dichiarazione di conformità all'originale ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n.445/2000;
- dichiarazione con la quale si rende manifesta la rinuncia da parte di tutti gli altri eventualmente aventi diritto ad usufruire del beneficio per lo stesso portatore di handicap. In particolare, unitamente al grado di parentela col portatore di handicap, dovranno essere indicati i dati dei rispettivi datori di lavoro, ove esistenti, degli altri aventi diritto al beneficio: ciò al fine di consentire di effettuare le opportune verifiche;
- in caso di parentela o affinità di terzo grado: certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante di cui al Decreto Ministeriale n. 278/2000 rilasciato da uno seguenti soggetti: medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato, proprio medico di medicina generale, proprio pediatra di libera scelta, medico della struttura sanitaria che lo ospita in caso di ricovero.

L'Ufficio Personale accetterà anche la dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata dalla Commissione della ASL in via provvisoria, che sarà considerata valida fino all'emissione del giudizio definitivo, in conformità di quanto indicato all'articolo 3.1.1.

Unitamente all'istanza, il dipendente deve presentare una **dichiarazione sottoscritta di responsabilità e consapevolezza**, dalla quale risulti che:

1. il permesso è richiesto per prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
2. è consapevole che i permessi sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno morale e giuridico a prestare la propria opera di assistenza;
3. è consapevole che la possibilità di fruire dei permessi 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;
4. l'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

L'Ufficio Personale, verificata l'adeguatezza, la correttezza della documentazione e la ricorrenza dei presupposti legittimanti la concessione del beneficio, provvede a presentare al Funzionario Responsabile del 1° Settore (AA.GG., Contenzioso, Servizi Demografici, Personale), la proposta di determinazione contenente l'autorizzazione al godimento dei benefici da parte del dipendente, la quale, una volta adottata, verrà trasmessa all'interessato e al Funzionario del settore di appartenenza dello stesso.

ART . 8 - DISPOSIZIONI COMUNI

8.1 - MODALITA' DI GIUSTIFICAZIONE DELL'ASSENZA E PROGRAMMAZIONE DEI PERMESSI

Ogni qualvolta il dipendente intenda usufruire dei permessi già concessi con determinazione del Funzionario Responsabile del 1° Settore, al fine di non compromettere l'organizzazione lavorativa, dovrà comunicare il piano mensile per la fruizione di tali permessi, consistente in un prospetto nel quale dovrà indicare i giorni nei quali intende assentarsi dal servizio per prestare l'assistenza richiesta e già autorizzata, ovvero dovrà indicare le ore dei giorni in cui intende beneficiare dei permessi; il prospetto vistato dal Funzionario Responsabile del settore di appartenenza del dipendente richiedente dovrà pervenire all'Ufficio Personale, a cura dello stesso dipendente, entro il 1° giorno del mese cui si riferisce.

In caso di necessità, il piano potrà essere soggetto a variazioni che dovranno essere tempestivamente comunicate, mediante apposita richiesta, al proprio Funzionario Responsabile al fine di garantire l'organizzazione del servizio e la continuità dell'attività assistenziale. La richiesta, dopo essere stata vistata per presa visione dal Funzionario Responsabile, sarà tempestivamente trasmessa all'Ufficio Personale dallo stesso dipendente interessato.

8.2 - LAVORO STRAORDINARIO

Non è possibile per il dipendente usufruire delle ore di permesso giornaliero ed effettuare, nello stesso giorno, lavoro straordinario.

Pertanto, il dipendente che beneficia della riduzione oraria giornaliera di due ore o, che fruisce del frazionamento delle 18 ore mensili di permesso, non può essere autorizzato allo svolgimento di lavoro straordinario nella stessa giornata in cui gode dei permessi, né troveranno riconoscimento, in quella stessa giornata, le ore di lavoro prestato in eccedenza rispetto all'orario stabilito.

8.3 - RINNOVO ANNUALE BENEFICI

Entro il 15 dicembre di ciascun anno, a prescindere dalla data di decorrenza del riconoscimento dei benefici di cui alla Legge n. 104/92, il dipendente che assiste altro soggetto affetto da handicap grave è tenuto a rinnovare le attestazioni concernenti le condizioni di assistenza dichiarate alla presentazione della domanda.

Qualora entro la sopraindicata data all'Ufficio Personale non dovesse pervenire la dichiarazione di rinnovo, il beneficio verrà automaticamente revocato; pertanto il dipendente, per poter continuare ad usufruire dei permessi, dovrà nuovamente presentare la domanda, allegando la necessaria documentazione.

8.4 – RIVEDIBILITA' DELLO STATO DI HANDICAP GRAVE

Il verbale di accertamento dell'handicap può stabilire la rivedibilità del soggetto, indicando una data di scadenza della certificazione, in tal caso decorso detto termine, decadono i benefici relativi ai permessi.

Pertanto, gli interessati per continuare a beneficiare delle agevolazioni già riconosciute, dovranno provvedere tempestivamente ad attivare l'iter procedurale finalizzato alla conferma della condizione di disabilità grave.

Nell'ipotesi in cui una nuova valutazione accerti che non sussiste più la connotazione di gravità dell'handicap, il dipendente (fruitore di permessi per se stesso o per assistere un familiare) è tenuto ad effettuare immediata comunicazione all'Ufficio Personale.

8.5 - FRUIZIONE CUMULATA DEI PERMESSI

I genitori possono fruire dei tre giorni di permesso mensili, ovvero della riduzione oraria giornaliera, ovvero del prolungamento del congedo parentale, anche in maniera cumulata con il congedo straordinario di cui all'art. 42 c. 5 del D. Lgs. n. 151/2001 nell'arco dello stesso mese, mentre è precluso il cumulo dei benefici nello stesso giorno.

Analogamente, il dipendente che assiste una persona in situazione di handicap grave diversa dal figlio può fruire, nell'ambito dello stesso mese, del suddetto congedo straordinario e dei permessi mensili di cui alla Legge n. 104/92.

8.6 - PLURALITA' DI PERSONE DA ASSISTERE

Come previsto dall'art. 6 del D. Lgs. n. 119/2011, il dipendente può beneficiare dei permessi di cui al comma 3 dell'art. 33 della Legge n. 104/92 per prestare assistenza a più soggetti affetti da handicap grave.

Tuttavia, in caso di pluralità di persone da assistere è necessario che l'assistenza al "secondo familiare" sia prestata nei confronti del coniuge o di un parente entro il primo grado oppure entro il secondo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni oppure siano affetti da patologia invalidante o siano deceduti o mancanti.

Per i concetti di *patologia invalidante* e di *mancaza* si richiama quanto riportato nell'articolo 7.1.

Pertanto non è ammessa la cumulabilità dei permessi nel caso in cui anche "il secondo familiare" sia un parente o un affine di terzo grado.

Il lavoratore interessato a fruire dei permessi di cui sopra per più soggetti affetti da disabilità grave dovrà presentare una domanda per ciascun soggetto da assistere, dalla quale si possa evincere il possesso delle condizioni richieste dalla legge.

8.7 - MODALITA' DI FRUIZIONE DEI PERMESSI MENSILI (tre giorni) IN CASO DI RAPPORTO DI LAVORO PART TIME

Nel caso in cui il lavoratore titolare dei benefici previsti dalla Legge n. 104/92 svolga attività lavorativa in regime di part time orizzontale, spettano i tre giorni mensili per intero.

Qualora l'attività lavorativa sia invece svolta in regime di part time verticale, il numero dei giorni di permesso spettanti va riproporzionato in base ai giorni lavorati.

8.8 - TRATTAMENTO ECONOMICO E PREVIDENZIALE

Qualora il dipendente fruisca dei permessi di cui alla Legge n. 104/92 per assistere una persona con handicap grave, il trattamento economico e previdenziale varia in funzione del beneficio goduto, così come pure per quanto concerne il regime delle ferie.

Nel prospetto che segue si riepilogano i diversi trattamenti:

TIPO BENEFICIO	RETRIBUZIONE MENSILE	FERIE	TREDICESIMA MENSILITA'	TFR	CONTRIBUZIONE FIGURATIVA
CONGEDO PARENTALE AL 30%	Ridotta al 30%	Non si maturano	Non si matura nel periodo di fruizione	Spetta per intero	Copre tali periodi
TRE GG. DI PERMESSO MENSILE	Spetta per intero	Maturano per intero	Viene pagata per intero	Spetta per intero	Copre tali giornate
PERMESSI GIORNALIERI A ORE	Spetta per intero	Maturano per intero	Viene pagata per intero	Spetta per intero	Copre tali giornate

8.9 - CONTROLLI

L'Ufficio Personale procederà ad effettuare dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive rese dai dipendenti. Nel caso in cui dall'accertamento risultasse l'insussistenza dei presupposti per la legittima fruizione dei permessi, saranno revocati i benefici concessi.

Qualora dalle verifiche condotte emergessero fatti rilevanti sotto il profilo disciplinare, l'Ufficio Personale effettuerà la relativa segnalazione all'Ufficio Disciplina affinché provveda alla tempestiva contestazione degli addebiti e all'avvio del relativo procedimento disciplinare, nonché, nelle ipotesi di rilievo penale, alla comunicazione alle autorità competenti delle ipotesi di reato.

Si richiamano a tal proposito le disposizioni dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 secondo le quali chi *“rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi e ne fa uso”* è punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; si fa, infine, riferimento alle norme contenute nell'art. 55 quater, comma 1 lett. A) e nell'art. 55 quinquies, commi 1 e 2, del D.Lgs. n. 165/2001.

ART. 9 – DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

Tutta la modulistica necessaria per fruire dei permessi di cui alla legge n. 104/92 sono allegati al presente regolamento.

In fase di prima attuazione, l'Ufficio Personale provvederà a richiedere ai dipendenti che già fruiscono dei benefici di cui alla legge n. 104/92 l'integrazione della documentazione già presentata in conformità delle disposizioni di cui al presente regolamento, nonché a richiedere copia conforme del verbale di riconoscimento dello stato di handicap grave della persona da assistere.

Per tutto quanto non previsto nel presente regolamento, si rinvia alle norme di legge in materia, nonché ai CCNL – Comparto Regioni-Enti Locali.

ART. 10 – ENTRATA IN VIGORE

Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo alla data di esecutività della deliberazione di approvazione.

Mod. A (Dipendente portatore di handicap)

Il presente modello deve essere compilato in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile. I moduli compilati in modo incompleto non saranno presi in considerazione.

**ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL COMUNE DI PIANO DI SORRENTO**

OGGETTO: Richiesta permessi ai sensi dell'art. 33, comma 6, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e ss.mm.ii.

l sottoscritt _____

nat a _____ Prov. di _____ il _____

residente in _____ alla Via _____ n. _____

dipendente del Comune di Piano di Sorrento con contratto a tempo

determinato indeterminato

pieno part time verticale ⁽¹⁾ _____ part time orizzontale

in servizio presso il _____ Settore - ufficio _____,

con la qualifica di _____

CHIEDE

di usufruire dei permessi previsti dall'art. 33 della legge n. 104/92 in quanto riconosciuto affetto da "handicap grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, e di optare per : ⁽²⁾ _____

a partire dal mese di _____ e si impegna a comunicare ogni eventuale fatto che possa interessare la fruizione del beneficio (cessazione/rinnovo).

Visto del Funzionario Responsabile del _____ Settore
(in caso di opzione per riduzione oraria)

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 55 quinquies, commi 1 e 2 del D.Lgs. n.165/2001 per la giustificazione dell'assenza mediante produzione di una certificazione medica falsa, nonché delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi, rese ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

di essere affetto da handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92, come accertato dalla Commissione Medica della ASL in data _____, con certificazione NON RIVEDIBILE/RIVEDIBILE ⁽³⁾ (avente scadenza in data _____).

ALLEGATI

- copia del verbale della ASL del _____ di riconoscimento dell'handicap grave, corredata di dichiarazione di conformità all'originale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 resa dal sottoscritt__⁽⁴⁾
ovvero
- copia del verbale definitivo validato dall'INPS attestante l'esistenza dello stato di handicap grave corredata della dichiarazione di conformità all'originale ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n.445/2000⁽⁵⁾
ovvero
- dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata in via provvisoria, conformemente a quanto dettato dall'art. 3.1.1 del vigente Regolamento comunale per la concessione dei benefici connessi alla L. n. 104/92. Al riguardo i sottoscritt__ dichiara di essere consapevole che la stessa certificazione sarà considerata valida fino all'emissione del giudizio definitivo e che in caso di esito negativo del procedimento di accertamento della condizione di handicap grave, sarà tenuto alla restituzione delle prestazioni indebitamente godute. Pertanto in allegato si rimette certificato medico rilasciato da _____
in data _____.
- dichiarazione di responsabilità e consapevolezza.
- fotocopia del seguente documento d'identità del sottoscritt__ , in corso di validità
_____.

Data, _____

(firma del dichiarante)

- (1) In caso di part time verticale indicare la percentuale di attività lavorativa svolta ed il numero dei giorni lavorati al fine di consentire il riproporzionamento dei permessi spettanti.
- (2) Indicare se si opta per la fruizione di tre giorni di permesso mensili o per l'orario ridotto giornaliero (riduzione di 2 ore al giorno). In quest'ultimo caso va indicato dettagliatamente l'orario, l'eventuale flessibilità goduta ed apposto il visto del funzionario responsabile del settore per presa visione dell'orario richiesto.
- (3) Sbarrare la voce che non interessa.
- (4) Solo per le istanze presentate prima del 1° gennaio 2010.
- (5) Per le istanze presentate dal 1° gennaio 2010

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L'Ufficio Personale 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. I dati personali possono essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolare del trattamento: Comune di Piano di Sorrento - Responsabile del trattamento: dott. Giacomo Giuliano
Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi in tutto o in parte al trattamento dei propri dati personali.

Data, _____

(firma del dichiarante per presa visione ed accettazione)

Mod. B (Dipendente con figlio portatore di handicap)

Il presente modello deve essere compilato in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile. I moduli compilati in modo incompleto non saranno presi in considerazione.

**ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL COMUNE DI PIANO DI SORRENTO**

OGGETTO: Richiesta permessi ai sensi dell'art. 33 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e ss.mm.ii.

DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE

__ l __ sottoscritt __ _____

nat __ a _____ Prov. di _____ il _____

residente in _____ alla Via _____ n. _____

dipendente del Comune di Piano di Sorrento con contratto a tempo

determinato indeterminato

pieno part time verticale ⁽¹⁾ _____ part time orizzontale

in servizio presso il _____ Settore - ufficio _____,

con la qualifica di _____

CHIEDE

(barrare e compilare la voce che interessa)

di optare per il prolungamento del congedo parentale per un periodo totale massimo di 36 mesi, sino al compimento dell'ottavo anno di vita del/la figlio/a il/la quale sia stato riconosciuto/a portatore di "handicap grave" (art.3, comma 3 Legge n. 104/92)

di optare, fino al compimento del terzo anno di vita del/la figlio/a, per la riduzione oraria a partire dal mese di _____ prevista dall'art. 33 Legge n. 104/92 per assistere il/la proprio/a figlio/a, il/la quale è stato/a riconosciuto/a portatore di "handicap grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, (**indicazione riduzione oraria**): ⁽²⁾ _____

di optare dei permessi mensili (**tre giorni**) a partire dal mese di _____ per assistere il/la proprio/a figlio/a, il/la quale è stato/a riconosciuto/a portatore di "handicap grave" (art. 3, comma 3, Legge n. 104/92)

di optare per la riduzione oraria (**frazionamento ad ore delle 18 ore mensili**) a partire dal mese di _____ prevista dall'art. 19 CCNL 06.07.1995 per assistere il/la proprio/a figlio/a, il/la quale è stato/a riconosciuto/a portatore di "handicap grave" ai sensi dell'art.3, comma 3, (**indicazione riduzione oraria**): ⁽³⁾ _____

Visto del Funzionario Responsabile del _____ Settore

DATI DEL FIGLIO/A DISABILE (da compilare a cura del richiedente)

COGNOME _____ NOME _____

nat ___ a _____ prov. di _____ il _____

residente in _____ provincia di _____ alla

Via _____ n. _____ ,

affetto/a da handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92, come accertato dalla Commissione Medica della ASL in data _____, con certificazione NON RIVEDIBILE/RIVEDIBILE ⁽⁴⁾ (avente scadenza in data _____).

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 55 quinquies, commi 1 e 2 del D.Lgs. n.165/2001 per la giustificazione dell'assenza mediante produzione di una certificazione medica falsa, nonché delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi, rese ai sensi dell'art. 76 DPR n.445/2000, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

(barrare e compilare la voce che interessa)

- di essere l'unico lavoratore dipendente ad assistere la persona portatrice di handicap grave;
- che la fruizione dei permessi avverrà, nel limite complessivo dei 3 giorni o delle 18 ore mensili, in maniera alternativa con l'altro genitore (*indicare nome e cognome*) _____
(*indicare se pensionato, disoccupato o occupato; in quest'ultimo caso indicare il nome dell'azienda, il suo indirizzo ed il numero di telefono*) _____;
- che la persona portatrice di handicap grave non è ricoverata a tempo pieno presso strutture pubbliche o private;
- che il minore portatore di handicap grave è ricoverato a tempo pieno presso (*indicare denominazione ed indirizzo*) _____
e necessita di assistenza da parte di un genitore per effettuare visite e/o terapie al di fuori della struttura che lo ospita, come risulta dalla documentazione rilasciata dai sanitari della suddetta struttura, che si allega alla presente;
- che il minore portatore di handicap grave è ricoverato a tempo pieno presso (*indicare denominazione ed indirizzo*) _____,
si trova in coma vigile e/o stato terminale e necessita di assistenza da parte di un genitore, come risulta dalla documentazione rilasciata dai sanitari della suddetta struttura, che si allega alla presente;
- che il minore portatore di handicap grave è ricoverato a tempo pieno presso (*indicare denominazione ed indirizzo*) _____,
necessita di assistenza da parte di un genitore o di un familiare, come risulta dalla documentazione rilasciata dai sanitari della suddetta struttura, che si allega alla presente;
- che la distanza tra la propria residenza e quella del portatore di handicap in situazione di gravità è:
(*barrare il caso che ricorre*)
- a. inferiore a 150 km.;
- b. superiore a 150 km.

- di impegnarsi a comunicare con la massima tempestività ogni eventuale variazione della situazione di fatto o di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni e/o che possa interessare la fruizione del beneficio (cessazione/rinnovo) ed a confermare annualmente, entro e non oltre il 15 dicembre di ogni anno, la sussistenza delle condizioni necessarie per la concessione dei permessi, consapevole che in assenza di tale comunicazione decadrà dal beneficio.

ALLEGATI

- copia del verbale della ASL del _____ di riconoscimento dell'handicap grave, corredata di dichiarazione di conformità all'originale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 resa dal sottoscritt__⁽⁵⁾
ovvero
- copia del verbale definitivo validato dall'INPS attestante l'esistenza dello stato di handicap grave corredato della dichiarazione di conformità all'originale ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n.445/2000⁽⁶⁾
ovvero
- dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata in via provvisoria, conformemente a quanto dettato dall'art. 3.1.1 del vigente Regolamento comunale per la concessione dei benefici connessi alla L. n. 104/92. Al riguardo 1 sottoscritt__ dichiara di essere consapevole che la stessa certificazione sarà considerata valida fino all'emissione del giudizio definitivo e che in caso di esito negativo del procedimento di accertamento della condizione di handicap grave, sarà tenuto alla restituzione delle prestazioni indebitamente godute. Pertanto in allegato si rimette certificato medico rilasciato da _____
in data _____.
- documentazione medica rilasciata da (*indicare denominazione ed indirizzo della struttura sanitaria*) _____ il _____.
- dichiarazione di responsabilità e consapevolezza
- altra documentazione:

- fotocopia del seguente documento d'identità del sottoscritt__ , in corso di validità
_____.

Data, _____

(firma del dichiarante)

- (1) In caso di part time verticale indicare la percentuale di attività lavorativa svolta ed il numero dei giorni lavorati al fine di consentire il riproporzionamento dei permessi spettanti.
- (2) Indicare dettagliatamente l'orario
- (3) Indicare dettagliatamente l'orario
- (4) Sbarrare la voce che non interessa
- (5) Solo per le istanze presentate prima del 1° gennaio 2010
- (6) Per le istanze presentate dal 1° gennaio 2010

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L'Ufficio Personale 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. I dati personali possono essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolare del trattamento: Comune di Piano di Sorrento - Responsabile del trattamento: dott. Giacomo Giuliano

Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi in tutto o in parte al trattamento dei propri dati personali.

Data, _____

(firma del dichiarante per presa visione ed accettazione)

Mod. C (Dipendente con familiare portatore di handicap)

Il presente modello deve essere compilato in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile. I moduli compilati in modo incompleto non saranno presi in considerazione.

**ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL COMUNE DI PIANO DI SORRENTO**

OGGETTO: Richiesta permessi ai sensi dell'art. 33 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e ss.mm.ii.

DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE

__l__ sottoscritt__ _____
nat__ a _____ Prov. di _____ il _____
residente in _____ alla Via _____ n. _____
dipendente del Comune di Piano di Sorrento con contratto a tempo
 determinato indeterminato
 pieno part time verticale ⁽¹⁾ _____ part time orizzontale
in servizio presso il _____ Settore - ufficio _____,
con la qualifica di _____

CHIEDE

(barrare e compilare la voce che interessa)

- di poter fruire a partire dal mese di _____ dei permessi mensili (**tre giorni**) per assistere il proprio familiare (*indicare nome e cognome del coniuge, parente o affine portatore di handicap grave*) _____
- di poter fruire della riduzione oraria (**frazionamento ad ore delle 18 ore mensili**) a partire dal mese di _____ per assistere il proprio familiare (*indicare nome e cognome del coniuge, parente o affine portatore di handicap grave*) _____
(**indicare riduzione oraria**):⁽²⁾ _____
- di precisare che lo stato e il grado di parentela con il portatore di handicap è il seguente _____ (coniuge, parente o affine entro il 2° grado)
oppure (*da compilare solo nei casi di parentela o affinità di 3° grado*)
- di precisare che lo stato e il grado di parentela con il portatore di handicap è il seguente _____
e che (*barrare il caso che ricorre*)
- a) i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità hanno compiuto i 65 anni;

- b) i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità sono affetti da patologie invalidanti a carattere permanente, come risulta dalla documentazione medica allegata alla presente;
- c) i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità sono deceduti
- d) i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità sono mancanti (*specificare il motivo*), come risulta dalla documentazione che si allega alla presente.

Visto del Funzionario Responsabile del ____ Settore

DATI DELLA PERSONA DISABILE (da compilare a cura del richiedente)
--

COGNOME _____ NOME _____

nat ____ a _____ prov. di _____ il _____

residente in _____ provincia di _____ alla

Via _____ n. _____ ,

affetto/a da handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92, come accertato dalla Commissione Medica della ASL in data _____, con certificazione NON RIVEDIBILE/RIVEDIBILE ⁽³⁾ (avente scadenza in data _____).

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 55 quinquies, commi 1 e 2 del D.Lgs. n.165/2001 per la giustificazione dell'assenza mediante produzione di una certificazione medica falsa, nonché delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi, rese ai sensi dell'art. 76 DPR n.445/2000 e che i dati forniti con la presente autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

(barrare e compilare la voce che interessa)

di essere l'unico lavoratore dipendente ad assistere il/la Sig. _____ per le necessità connesse alla sua situazione di handicap grave;

che la persona portatrice di handicap grave non è ricoverata a tempo pieno presso strutture pubbliche o private;

che il portatore di handicap grave è ricoverato a tempo pieno presso (*indicare denominazione ed indirizzo*) _____, si trova nella necessità di recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e/o terapie e necessita dell'assistenza da parte di un familiare, come risulta dalla documentazione rilasciata dai sanitari della suddetta struttura, che si allega alla presente;

che il portatore di handicap grave è ricoverato a tempo pieno presso (*indicare denominazione ed indirizzo*) _____, si trova in coma vigile e/o stato terminale e necessita di assistenza da parte di un familiare, come risulta dalla documentazione rilasciata dai sanitari della suddetta struttura, che si allega alla presente;

che la distanza tra la propria residenza e quella del portatore di handicap in situazione di gravità è: (*barrare il caso che ricorre*)

a. inferiore a 150 km.;

b. superiore a 150 km.

di impegnarsi a comunicare con la massima tempestività ogni eventuale variazione della situazione di fatto o di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni e/o che possa interessare la fruizione del beneficio (cessazione/rinnovo) ed a confermare annualmente, entro e non oltre il 15 dicembre di ogni anno, la sussistenza delle condizioni necessarie per la concessione dei permessi, consapevole che in assenza di tale comunicazione decadrà dal beneficio

che i familiari o affini in linea retta o collaterale entro il 2° grado, ovvero entro il 3° grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, conviventi e non conviventi con il portatore di handicap in situazione di gravità, **che non usufruiscono** dei permessi di cui all'art. 33 della L. n. 104/92 e che **rinunciano ad avvalersi dei benefici** previsti da detta legge, per assistere il/la Sig. _____ sono i seguenti:

1. COGNOME _____ NOME _____
DATA E LUOGO DI NASCITA _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____
RELAZIONE E GRADO DI PARENTELA (*rispetto al disabile*) _____
STATO LAVORATIVO (*indicare se pensionato, dipendente, lav.autonomo, ecc.*) _____
NOME AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____
INDIRIZZO E TELEFONO AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____

firma del familiare rinunciatario ⁽⁴⁾

2. COGNOME _____ NOME _____
DATA E LUOGO DI NASCITA _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____
RELAZIONE E GRADO DI PARENTELA (*rispetto al disabile*) _____
STATO LAVORATIVO (*indicare se pensionato, dipendente, lav.autonomo, ecc.*) _____
NOME AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____
INDIRIZZO E TELEFONO AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____

firma del familiare rinunciatario ⁽⁴⁾

3. COGNOME _____ NOME _____
DATA E LUOGO DI NASCITA _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____
RELAZIONE E GRADO DI PARENTELA (*rispetto al disabile*) _____
STATO LAVORATIVO (*indicare se pensionato, dipendente, lav.autonomo, ecc.*) _____
NOME AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____
INDIRIZZO E TELEFONO AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____

firma del familiare rinunciatario ⁽⁴⁾

4. COGNOME _____ NOME _____
DATA E LUOGO DI NASCITA _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____
RELAZIONE E GRADO DI PARENTELA (*rispetto al disabile*) _____
STATO LAVORATIVO (*indicare se pensionato, dipendente, lav.autonomo, ecc.*) _____
NOME AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____
INDIRIZZO E TELEFONO AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____

firma del familiare rinunciatario ⁽⁴⁾

5. COGNOME _____ NOME _____
DATA E LUOGO DI NASCITA _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____
RELAZIONE E GRADO DI PARENTELA (*rispetto al disabile*) _____
STATO LAVORATIVO (*indicare se pensionato, dipendente, lav.autonomo, ecc.*) _____
NOME AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____
INDIRIZZO E TELEFONO AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____

firma del familiare rinunciatario ⁽⁴⁾

6. COGNOME _____ NOME _____
DATA E LUOGO DI NASCITA _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____
RELAZIONE E GRADO DI PARENTELA (*rispetto al disabile*) _____
STATO LAVORATIVO (*indicare se pensionato, dipendente, lav.autonomo, ecc.*) _____
NOME AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____
INDIRIZZO E TELEFONO AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____

firma del familiare rinunciatario ⁽⁴⁾

7. COGNOME _____ NOME _____
DATA E LUOGO DI NASCITA _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____
RELAZIONE E GRADO DI PARENTELA (*rispetto al disabile*) _____
STATO LAVORATIVO (*indicare se pensionato, dipendente, lav.autonomo, ecc.*) _____
NOME AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____
INDIRIZZO E TELEFONO AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____

firma del familiare rinunciatario ⁽⁴⁾

8. COGNOME _____ NOME _____
DATA E LUOGO DI NASCITA _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____
RELAZIONE E GRADO DI PARENTELA (*rispetto al disabile*) _____
STATO LAVORATIVO (*indicare se pensionato, dipendente, lav.autonomo, ecc.*) _____
NOME AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____
INDIRIZZO E TELEFONO AZIENDA (*solo per i dipendenti*) _____

firma del familiare rinunciatario ⁽⁴⁾

ALLEGATI

- copia del verbale della ASL del _____ di riconoscimento dell'handicap grave, corredata di dichiarazione di conformità all'originale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 resa dal sottoscritt ⁽⁵⁾
ovvero
- copia del verbale definitivo validato dall'INPS attestante l'esistenza dello stato di handicap grave corredata della dichiarazione di conformità all'originale ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n.445/2000 ⁽⁶⁾
ovvero
- dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata in via provvisoria, conformemente a quanto dettato dall'art. 3.1.1 del vigente Regolamento comunale per la concessione dei benefici connessi alla L. n. 104/92. Al riguardo 1 sottoscritt dichiara di essere consapevole che la stessa certificazione sarà considerata valida fino all'emissione del giudizio definitivo e che in caso di esito negativo del procedimento di accertamento della condizione di handicap grave, sarà tenuto alla restituzione delle prestazioni indebitamente godute. Pertanto in allegato si rimette certificato medico rilasciato da _____
in data _____
- documentazione medica rilasciata da (*indicare denominazione ed indirizzo della struttura sanitaria*) _____ il _____.
- dichiarazione di responsabilità e consapevolezza
- n. _____ documenti di riconoscimento dei familiari o affini che hanno rinunciato alla fruizione dei benefici
- dichiarazione sostitutiva di notorietà con la quale la persona disabile dichiara il proprio stato lavorativo ed individua il "referente unico" per l'assistenza
- altra documentazione:

fotocopia del seguente documento d'identità del sottoscritt__ , in corso di validità

Data, _____

(firma del dichiarante)

- (1) In caso di part time verticale indicare la percentuale di attività lavorativa svolta ed il numero dei giorni lavorati al fine di consentire il riproporzionamento dei permessi spettanti.
- (2) Indicare dettagliatamente l'orario
- (3) Barrare la voce che non interessa
- (4) Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore
- (5) Solo per le istanze presentate prima del 1° gennaio 2010
- (6) Per le istanze presentate dal 1° gennaio 2010

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L'Ufficio Personale 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. I dati personali possono essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolare del trattamento: Comune di Piano di Sorrento - Responsabile del trattamento: dott. Giacomo Giuliano

Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi in tutto o in parte al trattamento dei propri dati personali.

Data, _____

(firma del dichiarante per presa visione ed accettazione)

Modello da compilare a cura del familiare da assistere (da allegare al Mod. C)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'
(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. di _____ il _____ e residente in _____
alla Via _____ n. _____, a seguito del riconoscimento
dello stato di disabilità in situazione di gravità ed al fine di ottenere l'assistenza da parte di un
familiare ai sensi della Legge n. 104/92,

DICHIARA

(barrare e compilare la voce che interessa)

di non svolgere alcuna attività lavorativa;
 di essere dipendente presso la seguente Amministrazione Pubblica (*denominazione, indirizzo e
recapito telefonico*) _____

di essere lavoratore dipendente presso la seguente azienda privata (*denominazione, indirizzo e
recapito telefonico*) _____

**Inoltre, dichiara che il familiare liberamente scelto per l'assistenza prevista dall'art. 3,
comma 3, della Legge n. 104/92 è:**

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE IN _____ PROVINCIA _____

VIA _____ N. _____

RELAZIONE DI PARENTELA _____

Si allega copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Data, _____

(Il/la dichiarante)

Mod. D (Pianificazione mensile giorni di assenza)

Il presente modello deve essere consegnato all'Ufficio Personale entro e non oltre il 1° giorno del mese cui si riferiscono i periodi di assenza

**PIANIFICAZIONE MENSILE GIORNATE DI ASSENZA
(Legge n. 104/1992)**

**ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL COMUNE DI PIANO DI SORRENTO**

__l__ sottoscritt__

nat__ a _____ Prov. di _____ il _____

residente in _____ alla Via _____ n. _____

dipendente del Comune di Piano di Sorrento con contratto a tempo

determinato indeterminato

pieno part time verticale ⁽¹⁾ _____ part time orizzontale

in servizio presso il _____ Settore - ufficio _____,

con la qualifica di _____

COMUNICA

che intende fruire del congedo retribuito di **tre giorni di permesso** nel mese di

anno _____ e precisamente nelle seguenti giornate:

1^ giorno _____

2^ giorno _____

3^ giorno _____

Data, _____

(firma del richiedente)

Visto del Funzionario Responsabile del _____ Settore

Mod. D1 (Rettifica pianificazione mensile giorni di assenza)

Il presente modello deve essere consegnato all'Ufficio Personale entro e non oltre il 1° giorno del mese cui si riferiscono i periodi di assenza

**RETTIFICA PIANIFICAZIONE MENSILE GIORNATE DI ASSENZA
(Legge n. 104/1992)**

**ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL COMUNE DI PIANO DI SORRENTO**

__l__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ Prov. di _____ il _____

residente in _____ alla Via _____ n. _____

dipendente del Comune di Piano di Sorrento con contratto a tempo

determinato indeterminato

pieno part time verticale ⁽¹⁾ _____ part time orizzontale

in servizio presso il _____ Settore - ufficio _____,

con la qualifica di _____

CHIEDE

di rettificare le giornate di assenza relative al congedo retribuito di **tre giorni** per il mese di _____ anno _____, già comunicate nel "modello D – Pianificazione mensile giorni di assenza", nel modo seguente:

1^ giorno _____

2^ giorno _____

3^ giorno _____

Data, _____

(firma del richiedente)

Visto del Funzionario Responsabile del _____ Settore

Mod. E (Pianificazione mensile 2 ore giornaliere di assenza)

Il presente modello deve essere consegnato all'Ufficio Personale entro e non oltre il 1° giorno del mese cui si riferiscono i periodi di assenza

PIANIFICAZIONE MENSILE DUE ORE GIORNALIERE DI ASSENZA (Legge n. 104/1992)

**ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL COMUNE DI PIANO DI SORRENTO**

l sottoscritt _____

nat a _____ Prov. di _____ il _____

residente in _____ alla Via _____ n. _____

dipendente del Comune di Piano di Sorrento con contratto a tempo

determinato indeterminato

pieno part time verticale ⁽¹⁾ _____ part time orizzontale

in servizio presso il _____ Settore - ufficio _____,

con la qualifica di _____

COMUNICA

che intende fruire del congedo retribuito di **due ore giornaliere** di assenza nel mese di _____

anno _____ come da calendario che segue:

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	DALLE ORE	ALLE ORE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	DALLE ORE	ALLE ORE
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Data, _____

(firma del richiedente)

Visto del Funzionario Responsabile del _____ Settore

Mod. E1 (Rettifica pianificazione mensile 2 ore giornaliere di assenza)

Il presente modello deve essere consegnato all'Ufficio Personale entro e non oltre il 1° giorno del mese cui si riferiscono i periodi di assenza

**RETTIFICA PIANIFICAZIONE MENSILE DUE ORE GIORNALIERE DI ASSENZA
(Legge n. 104/1992)**

**ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL COMUNE DI PIANO DI SORRENTO**

Il sottoscritt _____

nat a _____ Prov. di _____ il _____

residente in _____ alla Via _____ n. _____

dependente del Comune di Piano di Sorrento con contratto a tempo

determinato indeterminato

pieno part time verticale ⁽¹⁾ _____ part time orizzontale

in servizio presso il _____ Settore - ufficio _____,

con la qualifica di _____

CHIEDE

di rettificare il congedo retribuito di **due ore giornaliere** di assenza nel mese di _____
anno _____, già comunicate nel "modello E (Pianificazione mensile 2 ore giornaliere di
assenza", nel seguente modo:

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	DALLE ORE	ALLE ORE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	DALLE ORE	ALLE ORE
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Data, _____

(firma del richiedente)

Visto del Funzionario Responsabile del _____ Settore

Mod. F (Pianificazione mensile 18 ore di permesso mensile)

Il presente modello deve essere consegnato all'Ufficio Personale entro e non oltre il 1° giorno del mese cui si riferiscono i periodi di assenza

PIANIFICAZIONE MENSILE 18 ORE DI PERMESSO MENSILE (Legge n. 104/1992)

**ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL COMUNE DI PIANO DI SORRENTO**

__l__ sottoscritt__ _____
nat__ a _____ Prov. di _____ il _____
residente in _____ alla Via _____ n. _____
dipendente del Comune di Piano di Sorrento con contratto a tempo
 determinato indeterminato
 pieno part time verticale ⁽¹⁾ _____ part time orizzontale
in servizio presso il _____ Settore - ufficio _____,
con la qualifica di _____

COMUNICA

che intende fruire del congedo retribuito di **18 ore di permesso** nel mese di _____ anno _____, come da calendario che segue:

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	DALLE ORE	ALLE ORE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	DALLE ORE	ALLE ORE
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Data, _____

(firma del richiedente)

Visto del Funzionario Responsabile del _____ Settore

Mod. F1 (Rettifica pianificazione mensile 18 ore di permesso mensile)

Il presente modello deve essere consegnato all'Ufficio Personale entro e non oltre il 1° giorno del mese cui si riferiscono i periodi di assenza

RETTIFICA PIANIFICAZIONE MENSILE 18 ORE DI PERMESSO MENSILE (Legge n. 104/1992)

**ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL COMUNE DI PIANO DI SORRENTO**

__l__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ Prov. di _____ il _____

residente in _____ alla Via _____ n. _____

dipendente del Comune di Piano di Sorrento con contratto a tempo

determinato indeterminato

pieno part time verticale ⁽¹⁾ _____ part time orizzontale

in servizio presso il _____ Settore - ufficio _____,

con la qualifica di _____

CHIEDE

di rettificare il congedo retribuito di **18 ore di permesso** nel mese di _____
anno _____, già comunicate nel "modello F (Pianificazione mensile 18 ore di permesso mensile),
nel seguente modo:

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	DALLE ORE	ALLE ORE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	DALLE ORE	ALLE ORE
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Data, _____

(firma del richiedente)

Visto del Funzionario Responsabile del _____ Settore

Mod. G (Rinnovo annuale benefici)

Il presente modello deve essere compilato in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile. I moduli compilati in modo incompleto non saranno presi in considerazione.

**ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL COMUNE DI PIANO DI SORRENTO**

OGGETTO: Dichiarazione annuale di conferma della richiesta di fruizione di permessi ai sensi dell'art. 33 Legge n. 104/92, per l'assistenza a figlio/a o altro familiare in situazione di handicap grave.

DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE

__l__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ Prov. di _____ il _____

residente in _____ alla Via _____ n. _____

dependente del Comune di Piano di Sorrento con contratto a tempo

determinato indeterminato

pieno part time verticale ⁽¹⁾ _____ part time orizzontale

in servizio presso il _____ Settore - ufficio _____,

con la qualifica di _____

CHIEDE

di poter continuare a fruire anche per l'anno _____ dei permessi previsti dall'art. 33 della Legge n. 104/92, già autorizzati con determinazione n. _____ del _____, al fine di continuare l'attività di assistenza nei confronti di _____ ⁽²⁾
suo/a ⁽³⁾ _____, già riconosciuto/a affetto/a da handicap grave con verbale della Commissione Medica della ASL _____ del _____.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali per le dichiarazioni mendaci e false rese ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- di essere il “referente unico” per l’assistenza alla persona in situazione di disabilità grave, non essendoci ulteriori familiari o affini in linea retta o collaterale che beneficino dei permessi previsti dalla Legge n. 104/92 per l’assistenza alla medesima persona con handicap grave;
- che la distanza tra la propria residenza e quella del portatore di handicap in situazione di gravità è: *(barrare il caso che ricorre)*
 - inferiore a 150 km.;
 - superiore a 150 km.
- che la persona disabile non è ricoverata a tempo pieno;
- di impegnarsi a comunicare con la massima tempestività ogni eventuale variazione della situazione di fatto o di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni e/o che possa interessare la fruizione del beneficio (cessazione/rinnovo).

ALLEGATO: copia di un documento di riconoscimento del/la sottoscritto/a in corso di validità.

Data, _____

(firma del dichiarante)

-
- (1) In caso di part time verticale indicare la percentuale di attività lavorativa svolta ed il numero dei giorni lavorati al fine di consentire il riproporzionamento dei permessi spettanti.
 - (2) Indicare cognome e nome della persona disabile
 - (3) Indicare relazione e grado di parentela o affinità

Mod. H (Dichiarazione di responsabilità e consapevolezza)

Il presente modello deve essere compilato in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile. I moduli compilati in modo incompleto non saranno presi in considerazione.

**ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL COMUNE DI PIANO DI SORRENTO**

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA (da presentare unitamente alla richiesta di concessione dei benefici di cui alla Legge n. 104/92).

__ l __ sottoscritt _____, nat __ a _____

Provincia di _____ il _____ e residente in _____

alla via _____ n. _____,

DICHIARA CHE

il permesso è richiesto per prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni

ovvero

necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;

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, di prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

è consapevole che la possibilità di fruire dei permessi comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela del disabile;

(*solo per i dipendenti che hanno presentato certificazione provvisoria*) è consapevole che, in caso di provvedimento definitivo negativo, è tenuto alla restituzione di quanto fruito;

assume l'impegno di comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Inoltre si impegna a comunicare prontamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con l'istanza di richiesta dei benefici per quanto attiene in particolare:

- l'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL;
- la fruizione dei permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari.

Data, _____

(firma del dichiarante)