



**All'Ufficio personale  
del Comune di Laives**

**Domanda di concessione di permessi per l'assistenza a familiari con handicap in situazione di gravità (articolo 3, comma 3, della legge n. 104/1992)**

La/il sottoscritta/o (nome) ..... (cognome) .....,  
nato/a il ..... a (comune di nascita) ....., prov. ....,  
codice fiscale .....,  
comune di residenza ..... frazione/località .....,  
via/piazza e numero civico .....,  
telefono .....,  
dipendente dell'ente ..... in qualità di ..... nell'unità  
organizzativa .....,  
di ☐ ruolo o ☐ provvisorio/a o ☐ quale supplente ☐ tempo pieno o ☐ part-time \_\_\_\_%,

**chiede**

di poter usufruire dei permessi previsti dall'articolo 3, comma 3, della legge n. 104/1992:

- 1) ☐ **per assistere figli con età superiore a tre anni, il/la coniuge, parenti ed affini**  
a) ☐ **dei giorni di permesso mensile max. 3 (frazionabili in ore)**
- 2) ☐ **per assistere minori di tre anni**  
a) ☐ **dei giorni di permesso mensile max. 3 (frazionabili in ore)**  
b) ☐ **delle ore di permesso giornaliero**  
c) ☐ **del prolungamento del congedo parentale**

con decorrenza .....

e prende atto che i giorni o le ore mensili non goduti/e non sono cumulabili al mese successivo e, se non usufruiti/e, vengono persi.

**Dati del/la familiare con handicap in situazione di gravità:**

nome ..... cognome .....,  
nato/a il ..... a (comune di nascita) ....., prov. ....,  
comune di residenza ....., frazione/località .....,  
codice fiscale .....,  
via/piazza e numero civico .....,  
telefono .....,  
grado di parentela/affinità .....

Il/la sottoscritto/a

## DICHIARA

**sotto la propria responsabilità e consapevole che la falsità è punita ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia così come previsto dall'articolo 76 del Testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e che, qualora dai controlli emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere:**

- 1) che il soggetto, per il quale il/la sottoscritto/a si avvale dei permessi previsti dall'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n.104, è il/la coniuge, un/a parente o affine entro il secondo grado, oppure un/a parente o affine entro il terzo grado a condizione che i genitori o il/la coniuge della persona assistita abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano a loro volta affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti;
- 2) che l'assistito/a ha un handicap grave ed accertato (allegare certificato rilasciato dalla competente Azienda sanitaria locale attestante lo stato di gravità dell'handicap);
- 3) che l'assistito/a non è ricoverato/a a tempo pieno (per le intere 24 ore) presso strutture specializzate;

Fanno eccezione e pertanto il diritto è riconosciuto (serve attestato medico) in caso di:

- a) ricovero a tempo pieno per necessità dell'assistito/a di recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie appositamente certificate;
  - b) ricovero a tempo pieno in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine;
  - c) ricovero a tempo pieno di un/a minore per il/la quale risulta documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o familiare;
- 4) che intende prestare assistenza in modo sistematico ed adeguato al/la disabile;
  - 5) In caso anche un altro membro del nucleo familiare intenda usufruire del permesso per lo stesso soggetto, si è consapevoli che si può usufruire del permesso alternativamente anche con l'altro membro del nucleo familiare fermo restando il limite complessivo **di tre giorni** mensili

Dati eventuale altro beneficiario

1. Cognome/Nachname _____ Nome/Vorname _____ Parentela/affinità - Verwandtschaft/Verschwägerung _____ Codice fiscale / Steuernummer _____ Ditta/Firma _____
---

- 6) di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del/la 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;
- 7) di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che la collettività sopporta solo per l'effettiva tutela del/la disabile.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione delle suddette condizioni ed in particolare:

- eventuale ricovero a tempo pieno della persona disabile in condizione di gravità (ciò interrompe automaticamente il congedo);
- revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione medica competente;
- modifiche dei periodi di permesso richiesti;
- decesso del/la disabile.

....., il .....

**FIRMA** \_\_\_\_\_

<b>Titolare, Responsabile del Trattamento e Responsabile della Protezione dei dati personali</b>
--

Titolare del trattamento è questa Amministrazione, con sede in Laives, via Pietralba 24, nella figura del legale rappresentante <i>pro tempore</i> ; Il responsabile della protezione dei dati personali del Comune di Laives è reperibile al link: <a href="http://www.comune.laives.bz.it/it/Amministrazione/Web/Privacy">www.comune.laives.bz.it/it/Amministrazione/Web/Privacy</a> .
---

\_\_\_\_\_  
Firma