

**DICHIARAZIONE PER I PERMESSI PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN  
CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE**

**IL/LA SOTTOCRITTO/A**

<b><i>BENEFICIARIO</i></b>	
Cognome _____	
Nome _____	
Data di Nascita _____	Comune di nascita _____ Prov. _____
Codice Fiscale _____	Indirizzo _____
Comune di residenza _____	Prov. _____ Cap. _____
N.Telefonico _____	

<b><i>DATI DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP</i></b>	
Cognome _____	
Nome _____	
Data di Nascita _____	Comune di Nascita _____ Prov. _____
Codice Fiscale _____	
<b><u><i>DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE</i></u></b>	
Indirizzo _____	Cap. _____ Comune di Residenza _____
Prov. _____	
<input type="checkbox"/> Figlio/a biologico/a	
<input type="checkbox"/> Figlio/a adottato o affidato: data provvedimento di adozione/affidamento _____	
<input type="checkbox"/> Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità _____)	
<input type="checkbox"/> Convivente con il/la beneficiario	
<input type="checkbox"/> non convivente con il/la beneficiario e residente all'indirizzo sopra indicato	
<input type="checkbox"/> in condizione di <b>handicap grave</b> , accertato dalla ASL di _____ in data _____	
<input type="checkbox"/> non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati	
<input type="checkbox"/> impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla legge 104/92	




### **DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

- ❑ Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap, o, per le persone con *sindrome di Down*, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del “cariotipo” sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato-legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94) o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, copia dell’attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero
- ❑ Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)

**In caso di adozione:**

- ❑ Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o affidamento e copia del documento rilasciato dall’Autorità competente
- ❑ Adozioni internazionali (Legge 31/12/1998 n. 476): certificato dell’Ente autorizzato, da cui risulti l’adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l’avvio del procedimento di “convalida” presso il giudice italiano

### **DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA’**

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara 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 presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall’avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, 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 di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari**

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

**Firma**

\_\_\_\_\_

beneficiario/a

Del/della

## AVVERTENZE IMPORTANTI

### 1) RAPPORTO DI LAVORO

- Gli interessati devono essere titolari di un rapporto di lavoro dipendente, coperto da assicurazione INPS per le prestazioni di maternità (con esclusione dei lavoratori a domicilio e degli addetti ai servizi domestici), che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di congedo di cui trattasi, con obbligo di svolgimento di attività lavorativa.
- In caso di part time verticale occorre indicare il numero dei giorni in cui sussiste, secondo contratto, l'obbligo di prestare attività lavorativa nel mese (**gg.lavorativi effettivi**) e se l'azienda effettua la "settimana corta". Per ogni mese spetta infatti un numero di giorni proporzionato all'attività effettivamente svolta secondo il contratto.

### 2) BENEFICIARI

#### **GENITORI, compresi gli adottivi, o affidatari DI FIGLI MAGGIORENNI, PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO, CONIUGE, di soggetti:**

- in condizione di **handicap grave** accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992:
  - o dalla competente Commissione ASL
  - oppure dal medico specialista ASL (in questo caso la certificazione ha validità per sei mesi)
  - o, per i soggetti con sindrome di Down, anche dal proprio medico di base, con certificato rilasciato su presentazione del "cariotipo" (legge 27 dicembre 2002 n.289, art. 94)
  - o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, dal competente Ministero, (esibire copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione)
- **non ricoverati** a tempo pieno presso Istituti specializzati

### 3) PERMESSI SPETTANTI

- **3 giorni di permesso mensile - frazionabili**

### 4) CONDIZIONI E MODALITA' DI FRUIZIONE

- I permessi spettano in via **alternativa** tra i due genitori
- Spettano anche se l'altro genitore non ne ha diritto (perché, ad esempio, è casalingo/a, lavoratore/lavoratrice autonomo/a, ecc)
- Non è richiesta la convivenza con il soggetto in condizione di handicap grave
  1. **se conviventi**
    - genitore richiedente  
i congedi spettano anche se in famiglia sono presenti altri soggetti non lavoratori, compreso l'altro genitore
    - altri familiari richiedenti (compreso il coniuge)  
deve essere dimostrata l'impossibilità per altri familiari maggiorenni conviventi, non lavoratori o non studenti, compreso l'altro genitore che non lavora, di prestare assistenza (ad esempio per grave malattia, età superiore a 70 anni unita a invalidità, inabilità al lavoro, presenza nel nucleo familiare di altri figli minori di 6 anni, ecc).
  1. **se non conviventi**  
i congedi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata in via esclusiva e continuativa:
    - **l'esclusività** dell'assistenza non è realizzata quando nel nucleo familiare del soggetto in condizione di handicap grave sono presenti familiari maggiorenni, compresi i genitori, non lavoratori, in grado di assisterlo o lavoratori che beneficiano di permessi per lo stesso
    - la **continuità** non è dimostrabile in caso di oggettiva lontananza dall'abitazione del soggetto in condizione di handicap grave.
- I permessi non fruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi
- In caso di part-time verticale le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte
- I 3 giorni di permesso, complessivamente spettanti ad entrambi i genitori conviventi con il soggetto in condizione di handicap grave, se richiesti contemporaneamente, possono anche coincidere (esempio: madre lunedì e martedì, padre martedì)

## **5) DOMANDA E DOCUMENTAZIONE**

- La domanda va presentata alla Direzione del Personale ASL Rieti

### **5) INCOMPATIBILITA'**

- Durante i mesi in cui viene fruito il congedo straordinario di cui all'art. 42 comma 5 D.Lgs. 151/2001 (congedo massimo di due anni per i genitori o, nei casi previsti, fratelli) nessun altro soggetto può fruire dei permessi di tre giorni mensili dell'art. 33, comma 3 della legge 104/1992.