



**SANTOBONO PAUSILIPON**  
AZIENDA OSPEDALIERA PEDIATRICA

Servizio Sanitario Nazionale  
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale  
"Santobono - Pausilipon"  
Via della Croce Rossa,8 -80122- Napoli

Al Direttore S. C. Risorse Umane  
A.O. "Santobono - Pausilipon"  
Sede

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ MATRICOLA \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

DIPENDENTE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "SANTOBONO - PAUSILIPON"

IN SERVIZIO PRESSO P.O. \_\_\_\_\_ S.C. \_\_\_\_\_ int \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE  
DISABILE (LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)**

chiede di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra (nome disabile).....nato/a

.....il.....C.F.....

e residente a .....con il quale è nella seguente relazione di parentela:.....

A tal fine, **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.**

**445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,** dichiara che:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore:  
Sig./ra .....C.F.....

non dipendente / dipendente presso.....  
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:

- non è coniugato;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
- è separato legalmente o divorziato;
- è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti,
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- **si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)**

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni ( in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
- autocertificazione ai sensi dell'art 46- lettera f n° 445/00 o stato di famiglia della persona portatore di handicap.

Data.....

Firma del dipendente

**AVVERTENZE:**

**LA PRESENTE ISTANZA HA VALIDITA' DI ANNI UNO DALLA DATA DI CONCESSIONE, PERTANTO DEVE ESSERE RINNOVATA IN TEMPO UTILE ALLA SCADENZA.**

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

Qualsiasi integrazione di documentazione richiesta interrompe il suddetto termine.

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE  
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt..... nato/a a ..... il .....residente in..... prov..... via/piazza..... cap.....  
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della
  - Commissione Asl di.....il.....;
  - di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
  - di non essere ricoverato a tempo pieno;
  - di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
  - di non prestare attività lavorativa;
  - di essere parente di .....grado del richiedente in
  - quanto.....;
  - di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nato a
  - .....il.....CF.....e residente a .....
- Si allega copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato da.....il.....

Firma .....

Luogo e data.....