



**UNISS**

UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI SASSARI

AMMINISTRAZIONE CENTRALE

Al Direttore Generale  
dell'Università degli Studi di Sassari

**OGGETTO: Domanda di fruizione dei permessi per l'assistenza a soggetti in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modificazioni.**

\_I\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_ n° di telefono della sede di lavoro \_\_\_\_\_

Orario di servizio:  tempo pieno  part-time verticale  part-time orizzontale

### CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dall'art. 33 della Legge n. 104/1992 e successive modificazioni, con la seguente modalità:

- 3 giorni di permesso mensile
- n. 18 ore mensili
- fruizione mista (giorni e ore)

per assistere il/la seguente soggetto riconosciuto in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Grado di parentela o affinità con il/la dipendente: \_\_\_\_\_

Dati di residenza (da indicare solo se diversi da quelli del richiedente):

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Indirizzo (via, piazza, n. civico) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### CONSAPEVOLE CHE

- le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla normativa vigente;
- le agevolazioni previste dalla Legge n. 104/1992 costituiscono uno strumento di tutela della persona con disabilità grave e comportano l'effettiva prestazione dell'attività di assistenza;
- la fruizione dei benefici comporta un onere organizzativo ed economico per l'Amministrazione e per la collettività;

### DICHIARA

che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_, ha riconosciuto la situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992 del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, come da certificazione allegata;

che la Commissione ASL competente non ha successivamente revocato, rettificato o modificato il giudizio relativo alla gravità dell'handicap;

che il soggetto assistito non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o assimilate, pubbliche o private, che assicurino assistenza sanitaria continuativa;

che il soggetto assistito è ricoverato a tempo pieno (24 ore su 24) presso strutture ospedaliere o assimilate, pubbliche o private, che assicurino assistenza sanitaria continuativa e che pertanto i permessi saranno fruiti esclusivamente nei casi previsti dalla normativa vigente e debitamente documentati, quali:

- interruzione del ricovero per visite o terapie esterne;
- ricovero di persona in coma vigile e/o in situazione terminale;
- ricovero di minore con disabilità grave per il quale sia certificato dai sanitari il bisogno di assistenza da parte del genitore o familiare;

di prestare assistenza continuativa al soggetto sopra indicato;

oppure

di prestare assistenza alternativamente con i seguenti familiari, nel limite massimo complessivo di 3 giorni/18 ore mensili tra tutti gli assistenti (si allegano le relative dichiarazioni di responsabilità):

#### **Familiare n. 1**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_

#### **Familiare n. 2**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_



**UNISS**

UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI SASSARI

AMMINISTRAZIONE CENTRALE

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_

- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
- di impegnarsi a presentare idonea documentazione attestante il viaggio qualora la residenza del familiare assistito disti oltre 150 km dalla propria residenza, ai sensi della normativa vigente.

Il/La sottoscritto/a si impegna inoltre:

- a comunicare tempestivamente ogni variazione dei presupposti che danno diritto alla fruizione dei permessi;
- a presentare annualmente dichiarazione attestante che la Commissione ASL non ha revocato, rettificato o modificato il giudizio sulla situazione di gravità.

I dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., esclusivamente per le finalità connesse al procedimento amministrativo in oggetto.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_