



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

(Art.47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

**Permessi retribuiti ex L. 104/1992 (modulo di rinnovo)**

Il sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di  
dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

**DICHIARA**

1. Che per il padre/madre/fratello/sorella ... (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, cf \_\_\_\_\_ da parte  
dell'A.S.L. N è stato emesso giudizio di persona affetta da handicap in situazione di gravità con  
seduta del \_\_\_\_\_, pratica n° \_\_\_\_\_ ;
2. che il/la padre/madre/fratello/sorella ... (nome e cognome) \_\_\_\_\_ risiede  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ e non è ricoverato a tempo pieno presso  
strutture specializzate nella cura della patologia di cui è affetto;
3. che il coniuge, i parenti ed affini rilevanti ai fini della fruizione dei benefici ex lege 104/1992 di  
(nome e cognome assistito \_\_\_\_\_) sono i seguenti:

Parentela	Nome e cognome	Data di nascita	Codice fiscale	Residenza	Datore di lavoro

4. di essere il referente unico per l'assistenza alla stessa persona in situazione di disabilità grave;
5. di aver consegnato all'Area Organizzazione e Personale copia del verbale della commissione medica, dal quale risulti l'accertamento della situazione di handicap grave;
6. di essere in possesso del documento originale di cui al punto 1;



### DICHIARA DI ESSERE INFORMATO CHE

- con cadenza annuale, il dipendente dovrà dichiarare la persistenza delle condizioni che hanno determinato la richiesta di fruizione dei benefici;
- i permessi sono uno strumento di assistenza al disabile e la concessione degli stessi comporta la conferma dell'impegno, morale e giuridico a prestare effettivamente assistenza al proprio familiare;
- i permessi sono concessi solo ad esclusiva tutela del disabile e comportano un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica;
- ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la decadenza dei requisiti per l'utilizzo delle agevolazioni deve essere tempestivamente comunicata all'Amministrazione;
- le date di fruizione dei permessi devono essere comunicate all'Ufficio Personale con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, per consentire la migliore organizzazione dell'attività lavorativa e amministrativa;
- l'Amministrazione procede alla verifica delle dichiarazioni sostitutive secondo le consuete modalità anche a campione;
- le dichiarazioni mendaci e le falsità rese negli atti sottoscritti ai sensi del d.P.R. 445/2000, sono puniti ai sensi delle norme in vigore;
- qualora da un controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione effettuata ai sensi del d.P.R.445/2000, il beneficiante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni presentate.

### CHIEDE

di fruire delle giornate di permesso mensile per assistere la persona in situazione di disabilità grave come previsto dalla Legge 104/1992 e della legge 183/2010;

Udine, \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

FATTO, LETTO E SOTTOSCRITTO

---

#### SI RIPRODUCE IN CARTA SEMPLICE

*Ai sensi del comma 1 art.75 DPR 445/00 qualora dal controllo effettuato risulti la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

Informativa ai sensi dell'art.10 della legge 675/1996; i dati sopraelencati sono previsti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale vengono richiesti e sono utilizzati esclusivamente per tale scopo.