



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
(Art.47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

**Permessi retribuiti ex L. 104/1992**

Da compilare e spedire tramite posta interna all'Ufficio Personale Tecnico Amministrativo c/o DARU

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/la figlio/a \_\_\_\_\_ 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 figlio/a \_\_\_\_\_ risiede a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ e non è ricoverato/a a tempo pieno presso strutture specializzate nella cura della patologia di cui è affetto
3. che i parenti ed affini rilevanti ai fini della fruizione dei benefici ex lege 104/1992 di \_\_\_\_\_ sono i seguenti:

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

4. che intende usufruire dei benefici della Legge n. 104/92 per il/la figlio/a \_\_\_\_\_ in situazione di disabilità grave alternativamente con l'altro genitore, il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, come previsto dall'art. 33, comma 3 della Legge 104/92 e ss. mm. ii.
5. di aver consegnato alla Direzione Risorse umane e affari generali 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, dichiarerà 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
- al fine di garantire la funzionalità degli Uffici e la migliore organizzazione dell'attività amministrativa, predisporrà una programmazione mensile dei giorni in cui intende assentarsi, che comunicherà all'ufficio di appartenenza all'inizio di ogni mese
- in caso di necessità ed urgenza, la relativa comunicazione verrà presentata nelle 24 ore precedenti la fruizione dello stesso e, comunque, non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui utilizzerà il permesso
- 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, decadrà 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 ss. mm. ii.

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

FATTO, LETTO E SOTTOSCRITTO

\_\_\_\_\_