



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
e di Alta specializzazione
"Santobono - Pausilipon"**
Via Teresa Ravaschieri, 8 – 80122 - Napoli
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

**RICHIESTA PERMESSI ART. 33 COMMA 3, L. 104/92 PER ASSISTENZA CONIUGE / PARTE
UNIONE CIVILE / CONVIVENTE DI FATTO / GENITORE / PARENTE O AFFINE ENTRO
TERZO GRADO**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà
(Artt. 46 e 47 D.P.R. n 445 del 28/12/200 e ss.mm.ii.)

**Al Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane
A.O.R.N. Santobono Pausilipon
personale@santobonopausilipon.it**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ provincia _____ il _____ Codice Fiscale _____
e residente a _____ provincia _____
in (via / piazza / corso) _____ n. _____ cap. _____
dipendente di questa Azienda con la qualifica di _____
in servizio presso _____ matricola n. _____
cellulare _____ pec/mail _____

CHIEDE

di poter fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e ss.mm.ii. per l'assistenza al proprio familiare disabile in situazione di gravità.

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Sig./Sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____
e residente a _____ provincia _____
in (via / piazza / corso) _____ n. _____ cap. _____¹

avente con il/la sottoscritto/a il seguente rapporto di parentela:

- Genitore
- Coniuge / parte unione civile / convivente di fatto
- Parente o affine di II grado (specificare) _____
- Parente o affine di III grado (specificare) _____

¹ Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui all'art 3 comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri dal luogo di residenza del familiare assistito, deve attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

In caso di parente/affine di III grado dichiara altresì, che il familiare con disabilità grave:

- 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 invalidanti²;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti o mancanti³;
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA ALTRESÌ CHE:

(barrare solo il riquadro d'interesse)

- il familiare da **assistere NON è ricoverato** a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa;
- il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate;
- il familiare disabile in condizione di gravità è ricoverato a tempo pieno e la struttura ospitante certifica la necessità di assistenza da parte del/la sottoscritto/a;
- il familiare disabile in condizione di gravità si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine;
- la struttura che ospita il familiare disabile non garantisce l'assistenza sanitaria continua;

Che lo stesso disabile:

- È ASSISTITO** da altro/altri soggetto/soggetti che fruiscono del beneficio:

Sig./Sig.ra (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____

e residente a _____ provincia _____

in (via / piazza / corso) _____ n. _____ cap. _____

quale (indicare rapporto di parentela/affinità nei confronti dell'assistito) _____

lavora presso (denominazione Ente / Azienda) _____

in (via / piazza / corso, comune e provincia) _____

_____ telefono _____

Sig./Sig.ra (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____

e residente a _____ provincia _____

in (via / piazza / corso) _____ n. _____ cap. _____

quale (indicare rapporto di parentela/affinità nei confronti dell'assistito) _____

lavora presso (denominazione Ente / Azienda) _____

in (via / piazza / corso, comune e provincia) _____

_____ telefono _____

- NON È ASSISTITO** da altri soggetti che fruiscono degli stessi benefici;

² Le patologie invalidanti sono da considerarsi solo quelle indicate dall'art 2, comma 1, lettera d, numeri 1,2 e 3 del Decreto Interministeriale n. 278 /2000.

³ L'espressione mancante deve essere intesa non solo come assenza naturale o giuridica (celibato) o stato di figlio naturale non riconosciuto, ma deve comprendere anche ogni altra condizione ad essa giuridicamente assegnabile, continuativa e debitamente certificata dall'Autorità Giudiziaria o da altra pubblica Autorità, quale divorzio, separazione legale o abbandono

Che il/la sottoscritto/a:

GIÀ FRUISCE dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della L. 104/92 per assistere altro/altri soggetto/soggetti:

Sig./Sig.ra (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____

e residente a _____ provincia _____

in (via / piazza / corso) _____ n. _____ cap. _____

quale (indicare rapporto di parentela/affinità nei confronti dell'assistito) _____

lavora presso (denominazione Ente / Azienda) _____

in (via / piazza / corso, comune e provincia) _____

_____ telefono _____

Sig./Sig.ra (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____

e residente a _____ provincia _____

in (via / piazza / corso) _____ n. _____ cap. _____

quale (indicare rapporto di parentela/affinità nei confronti dell'assistito) _____

lavora presso (denominazione Ente / Azienda) _____

in (via / piazza / corso, comune e provincia) _____

_____ telefono _____

NON FRUISCE dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della L. 104/92 per assistere altro/altri soggetto/soggetti

Dichiara, altresì, che il portatore di handicap in condizione di gravità da assistere:

SVOLGE attività lavorativa

presso (denominazione Ente / Azienda) _____

in (via / piazza / corso, comune e provincia) _____

telefono _____

NON PRESTA alcuna attività lavorativa.

Il/La sottoscritto/a allega a tal fine la seguente documentazione:

- ✓ Copia del verbale definitivo/provisorio della apposita Commissione Medica per l'accertamento dell'Handicap attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 ss.mm.ii. in capo al soggetto che necessita di assistenza (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito);
- ✓ Dichiarazione ex art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – che indichi l'intenzione di farsi assistere dal dipendente dichiarante (Allegato 1);
- ✓ Copia dei documenti di riconoscimento in corso di validità della persona disabile, del dipendente richiedente e di eventuali altri soggetti fruitori dei benefici per lo stesso soggetto con disabilità grave.

Il/la sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile dichiara di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza nei periodi dichiarati.

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita delle agevolazioni.

Modulo C

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che, qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Informativa sulla protezione e il trattamento dei dati personali:

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) si informa che il trattamento dei dati personali, raccolti dall'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, anche con strumenti informatici, e necessari all'avvio e allo svolgimento del procedimento, sarà effettuato nel rispetto dei principi di cui all'articolo 5 del predetto Regolamento ed esclusivamente per le finalità di cui al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Per quanto riguarda specificatamente i trattamenti di dati personali effettuati si rimanda all'informativa pubblicata sul sito web aziendale – sezione "PRIVACY" disponibile al seguente link: <https://www.santobonopausilipon.it/privacy/>.

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data

Il dichiarante

La presente dichiarazione deve essere compilata in ogni sua parte, sottoscritta, scansionata, corredata della copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e dovrà essere trasmessa al seguente indirizzo di posta elettronica: personale@santobonopausilipon.it.

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dell'assistito
(ex art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ provincia _____ il _____ Codice Fiscale _____
e residente a _____ provincia _____
in (via / piazza / corso) _____ n. _____ cap. _____
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato con verbale INPS n. _____ del _____
 - con revisione prevista in data: _____
 - non soggetto a revisione
- Di essere coniuge / convivente di fatto / parte unione civile o parente o affine entro il secondo grado (specificare rapporto di parentela o affinità es. coniuge, genitore, ecc.) _____ del richiedente dal quale intendo essere assistito
Sig. / Sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a (comune e provincia) _____ il _____ C.F. _____
- Di essere parente o affine di terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità es. nipote, zio, ecc.) _____ del richiedente dal quale intendo essere assistito
Sig. / Sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a (comune e provincia) _____ il _____ C.F. _____
e di trovarmi nelle condizioni dichiarate precedentemente dal richiedente la prestazione;
- Di non essere ricoverato a tempo pieno;
- Di non usufruire dei permessi ex Legge 104/92;
- Di non avere tutore / curatore / amministratore di sostegno;
- Che il proprio tutore / curatore / amministratore di sostegno è il / la
Sig./Sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____
e residente a _____ provincia _____
in (via / piazza / corso) _____ n. _____ cap. _____
- Di non prestare attività lavorativa
- Di prestare attività lavorativa presso _____
con sede legale in _____, sede di lavoro _____
- Di essere consapevole che l'Amministrazione ha facoltà di controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e di essere a conoscenza delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste.

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Informativa sulla protezione e il trattamento dei dati personali:

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) si informa che il trattamento dei dati personali, raccolti dall'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, anche con strumenti informatici, e necessari all'avvio e allo svolgimento del procedimento, sarà effettuato nel rispetto dei principi di cui all'articolo 5 del predetto Regolamento ed esclusivamente per le finalità di cui al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Per quanto riguarda specificatamente i trattamenti di dati personali effettuati si rimanda all'informativa pubblicata sul sito web aziendale – sezione "PRIVACY" disponibile al seguente link: <https://www.santobonopausilipon.it/privacy/>.

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data

Il dichiarante

Se la persona disabile in situazione di gravità è impossibilitata a firmare la dichiarazione di cui sopra, la stessa potrà essere sottoscritta da un tutore/curatore/amministratore di sostegno e dovrà essere consegnata, unitamente alla presente, copia del decreto di nomina del tutore/curatore/ amministratore di sostegno.

Tutore / curatore / amministratore di sostegno _____