



AL DIRETTORE SUMAGP

**ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE in situazione di gravità  
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AI PERMESSI GIORNALIERI (LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)**

Il/La sottoscritto/a .....matricola.....  
nato a .....PROV..... il .....  
codice fiscale.....  
residente a .....  
in via .....  
cellulare .....  
in servizio presso l'UO di .....  
nella qualifica di .....

**chiede l'autorizzazione alla fruizione dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra:**

Cognome/nome del disabile da assistere: .....  
nato a ..... il .....  
codice fiscale .....  
residente a .....  
in via .....

**con il quale è nella seguente relazione di parentela:**.....

il disabile assistito è dipendente pubblico: SI  NO

se SI, indicare presso quale amministrazione : ..... ed il tipo di

rapporto di lavoro: a tempo indeterminato  a tempo determinato

A tal fine, 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 legge penale e dalle leggi speciali in materia,

**dichiara che** (barrare le opzioni che interessano):

nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

ovvero

l'altro familiare: Sig./ra .....

Nato a ..... il.....

C.F.....

Residente a .....in via.....

non dipendente / dipendente presso il seguente datore di lavoro

.....  
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso disabile alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi per assistito;

per il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado (barrare l'opzione che interessa):

- 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(allegare documentazione);
- è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
- è separato legalmente o divorziato (allegare documentazione);
- 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 (allegare documentazione);

il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, in struttura ospedaliera e/o residenziale

il soggetto in situazione di disabilità grave è ricoverato a tempo pieno e si trova in una delle situazioni previste dalla circolare n.13/2010 del Dipartimento Funzione Pubblica (allegare documentazione)<sup>1</sup>;

#### **dichiara inoltre che:**

- 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;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

---

<sup>1</sup> Ai sensi della circolare n.13/2010 del Dipartimento Funzione Pubblica, i permessi possono essere concessi nei seguenti casi: a) interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie; b) ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale; c) ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di disabilità grave per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del beneficiario

**Allega alla presente richiesta** (barrare le opzioni che interessano):

- 1. 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.
  - ovvero
  - 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)
- 2. nel caso di richiesta per assistenza a familiare di 3° grado di parentela, 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.
- 3. in caso di ricovero, documentazione attestante le situazioni previste dalla circolare n.13/2010 del Dipartimento Funzione Pubblica .
- 4. nel caso di richiesta per assistenza a familiare di 3° grado di parentela, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data.....

Firma del dipendente.....