



COMUNE DI FERRARA

Città Patrimonio dell'Umanità

35A - BENEFICI PER ASSISTENZA A MAGGIORI DI 12 ANNI
– Art 33, comma 1 CCNL 21.05.18 Funzioni Locali

*All'U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE
Ufficio Gestione Rapporto Di Lavoro Personale Ruolo
E p.c.
AL RESPONSABILE DEL SETTORE/SERVIZIO/U.O.*

Il/La sottoscritto/a _____ Matricola n° _____
dipendente in qualità di _____ Cat. _____
residente a _____ in _____
in servizio presso _____
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato _____
in regime di tempo pieno/part-time¹ _____

CHIEDE

di fruire del **permesso mensile retribuito** di cui alla L. 104/92 – art. 33 c. 3 per l'assistenza a

Cognome e nome _____

Al fine di fruire del beneficio indicato

ALLEGA

la certificazione, **in corso di validità**, provvisoria o definitiva, comprovante la gravità dello stato di handicap;

la certificazione sostitutiva di atto di notorietà in merito all'avvenuta esecuzione della visita per l'accertamento della grave disabilità;

ulteriore documentazione che consenta all'Amministrazione la verifica della sussistenza dei requisiti.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, il/la sottoscritto/a,

DICHIARA

di essere, in relazione all'assistito/a _____ (Cognome e nome)

- ☐ coniuge
- ☐ parte dell'unione civile
- ☐ convivente more uxorio
- ☐ parente entro il _____ grado²
- ☐ affine entro il _____ grado³

che l'assistito/a è nato/a il _____ a _____ Prov. _____;

¹ In caso di rapporto di lavoro part-time specificare tipologia.

² Specificare il grado di parentela.

³ Specificare il grado di affinità.



COMUNE DI FERRARA

Città Patrimonio dell'Umanità

35A - BENEFICI PER ASSISTENZA A MAGGIORI DI 12 ANNI
– Art 33, comma 1 CCNL 21.05.18 Funzioni Locali

che l'assistito/a è residente a _____ Prov. ____ Via _____
n. ____ e domiciliato a _____ Prov. ____ Via _____ n. ____;

(da barrare per fruizione oltre il secondo grado e/o in caso di richiesta di prestare assistenza a più disabili gravi) che il genitore o il coniuge o la parte dell'unione civile, del disabile grave ⁴;

- ☐ ha compiuto 65 anni di età;
- ☐ è affetto da patologie invalidanti (produrre idonea certificazione medica)
- ☐ è deceduto
- ☐ è mancante

che l'assistito/a presta servizio presso la seguente pubblica Amministrazione _____
_____ oppure

che l'assistito/a non presta servizio presso un pubblica Amministrazione, ma è lavoratore dipendente presso _____ oppure

che l'assistito/a non è lavoratore dipendente;

di essere l'unico lavoratore dipendente a fruire dei permessi ex art.33/3 della L.104/92 in relazione al/alla disabile;

che il Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il
_____, e residente in _____,
lavoratore dipendente presso _____ -
presta assistenza allo/a stessa disabile;

di non prestare/prestare⁵ assistenza ad altro disabile grave sig./sig.ra _____.

che il soggetto indicato non è ricoverato/a a tempo pieno;

che il soggetto indicato è ricoverato/a a tempo pieno;

(casella da barrare solo in caso si producano certificazioni provvisorie) di essere consapevole, in caso di provvedimento definitivo negativo, dell'obbligo alla restituzione dei permessi fruiti;

⁴ Barrare la voce che non interessa.

⁵ Barrare la voce che non interessa.



COMUNE DI FERRARA

Città Patrimonio dell'Umanità

35A - BENEFICI PER ASSISTENZA A MAGGIORI DI 12 ANNI
– Art 33, comma 1 CCNL 21.05.18 Funzioni Locali

SI IMPEGNA

A far pervenire, in copia, a codesta U.O. le comunicazioni dell'INPS relative al riconoscimento della titolarità dei benefici;

A comunicare eventuali variazioni delle circostanze dichiarate al momento della proposizione della domanda iniziale, tempestivamente e comunque non oltre 30 giorni dal loro verificarsi.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- *è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445);*
- *decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).*

Distinti saluti

Ferrara, _____

Il/La dipendente _____ (*)

Ai sensi dell'art. 21, comma 2, D.P.R. 445/2000 attesto che la sottoscrizione della dichiarazione sopra riportata è stata apposta in mia presenza dal dichiarante Sig./Sig.ra

_____ identificato con _____ n.

_____ rilasciato/a il _____ da _____

e preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Ferrara, _____

L'incaricato _____

(*) Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. (art. 38 DPR 445/00).



COMUNE DI FERRARA

Città Patrimonio dell'Umanità

35A - BENEFICI PER ASSISTENZA A MAGGIORI DI 12 ANNI

– Art 33, comma 1 CCNL 21.05.18 Funzioni Locali

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(articolo 13 Regolamento (UE) n.2016/679)

I dati personali sopra riportati sono acquisiti nell'ambito del rapporto di lavoro esclusivamente al fine della concessione dei permessi richiesti e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo; il conferimento dei dati comporta il consenso al loro trattamento e in caso di rifiuto di fornire gli stessi consegue l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Ferrara; il Responsabile della protezione dei dati è la società Lepida S.C.P.A. (dpo-team@lepida.it).

I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti solo nei casi previsti dalla vigente normativa e saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti e trattati compreso lo svolgimento di eventuali controlli.

L'interessato, rivolgendosi al Dirigente del Servizio Organizzazione, Programmazione e Gestione del Personale, ha diritto di chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano, nonché di opporsi al loro trattamento. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

Ferrara, _____

Per presa visione, il/la dichiarante, _____