



DOMANDA DI PERMESSI LEGGE 104/1992
per genitori – coniuge – parte di un’unione civile – convivente di fatto - parenti/affini entro il 2° -
(parenti/affini entro il 3° nei soli casi previsti dalla legge nei soli casi previsti dalla legge) per
più persone con disabilità in situazione di gravità

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
 (ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

La/il sottoscritta/o matricola n.
 nata/o il e residente a
 dipendente dell’Istituto Oncologico Veneto (IRCCS), in servizio presso
 in qualità di
 e con rapporto di lavoro a tempo pieno parziale orizzontale % parziale verticale %

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi retribuiti di cui all’art. 33, L. 104/92 e ss.mm.ii e si impegna a comunicare preventivamente, quando oggettivamente possibile, i giorni di assenza al fine di consentire una idonea e tempestiva organizzazione del servizio, per assistere

DATI DELLA PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITA’ GRAVE
 (di cui all’art. 33, co. 3, L.104/92)

Sig./Sig.ra nato/a il a
 residente a C.F.

- Figlio/a
- Figlio/a adottato/a – affidato/a: data di adozione/affidamento
- Coniuge/Parte di un’unione civile/Convivente di fatto (*specificare*)
- Parente o affine entro il 1° grado (*specificare*)
- Parente o affine entro il 2° grado (qualora i genitori o il coniuge/parte di un’unione civile/convivente di fatto, della persona con disabilità grave abbiano compiuto 65 anni di età, siano a loro volta affetti da patologie invalidanti siano deceduti o mancanti)
- Portatore di handicap grave accertato dall’INPS in data con validità
- Non ricoverata/o a tempo pieno presso istituti specializzati (casa di riposo, R.S.A., ospedali ecc.)
- Il/la suindicato/a disabile non presta attività lavorativa

Il/la suindicato/a disabile presta attività lavorativa presso (*indicare il datore di lavoro ed indirizzo*):

e beneficia dei permessi previsti dalla L.104/92 per sé stesso.

ALLEGA

- Certificato attestante la gravità dell’handicap (solo nel caso in cui non sia già in possesso dell’Amministrazione, ovvero in caso di revisione o rinnovo del giudizio espresso);
- Ulteriore documentazione a supporto del ruolo di amministratore di sostegno o tutore legale.

Data _____

Firma _____



DICHARA

- di essere convivente con la persona in situazione di grave disabilità;
- di non essere convivente con la persona in situazione di grave disabilità e che la distanza chilometrica tra le due abitazioni è di Km
- di non essere convivente con la persona in situazione di grave disabilità e che la distanza chilometrica tra l'abitazione o il luogo di lavoro del sottoscritto e l'abitazione del disabile è superiore a 150 Km. Si impegna a trasmettere mensilmente al Servizio di Competenza, tramite documentazione "con un titolo di viaggio o altro", di aver raggiunto effettivamente l'assistito;
- **che oltre al dichiarante, i parenti e/o affini entro il secondo grado della persona da assistere, lavoratori dipendenti e non conviventi con la stessa sono le persone sotto indicate:**
 - Sig./Sig.ra nato/a a
 tipo di parentela (padre/madre, figlio/a, sorella/fratello ecc.) dipendente della ditta (*denominazione e sede della ditta*)
 - Sig./Sig.ra nato/a a
 tipo di parentela (padre/madre, figlio/a, sorella/fratello ecc.) dipendente della ditta (*denominazione e sede della ditta*)
 - Sig./Sig.ra nato/a a
 tipo di parentela (padre/madre, figlio/a, sorella/fratello ecc.) dipendente della ditta (*denominazione e sede della ditta*)
 - Sig./Sig.ra nato/a a
 tipo di parentela (padre/madre, figlio/a, sorella/fratello ecc.) dipendente della ditta (*denominazione e sede della ditta*)
- che nessuna delle persone sopra indicate ha chiesto, né usufruisce, dei benefici della Legge 104/92;
- che nessuna delle persone sopra indicate ha usufruito del congedo straordinario retribuito di cui al comma 5, art. 42, D. lgs. 151/2001 e di congedi straordinari non retribuiti per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, Legge 53/2000) per la persona con grave disabilità per la quale si richiedono i benefici della L. 104/92.

In caso affermativo **dichiara** che:

- i giorni complessivi usufruiti sono pari ;
- i benefici di cui sopra sono stati usufruiti presso (*indicare la denominazione e la sede della ditta*)

DICHIARAZIONI DELL'ALTRO GENITORE (PER ASSISTENZA AI FIGLI MINORI)

Il/la sottoscritto/a C.F.

Non dipendente/oppure dipendente presso

Via CAP Comune

Beneficiaria dei permessi giornalieri per lo/la stesso/a figlio/a con disabilità in situazione di gravità, alternativamente al/alla sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori.

SOLO PER L'ASSISTENZA AI FAMILIARI DI 2° GRADO

Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di secondo grado:

- non è coniugato/a, non è unito/a civilmente ad altra persona, non è convivente di fatto;
- è vedovo/a;



- è coniugato/a, unito/a civilmente ad altra persona, convivente di fatto con soggetto avente un'età superiore ai 65 anni;
- è coniugato/a, unito/a civilmente ad altra persona, convivente di fatto con soggetto affetto da patologie invalidanti;
- è coniugato ma legalmente separato/divorziato, in stato di abbandono (*specificare*)
- i genitori sono deceduti/hanno più di 65 anni/sono affetti da patologie invalidanti/sono mancanti (*specificare*)

DICHIARAZIONE DI REPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni dell'informazione o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del disabile grave presso istituti specializzati ovvero presso una qualsiasi struttura ospedaliera, anche se non legata direttamente o indirettamente alla disabilità;
- la revisione del giudizio di gravità della disabilità da parte della Commissione ASL;
- la fruizione dei permessi, per lo stesso disabile grave, da parte di altri familiari;
- il decesso.

Il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno morale, oltreché giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza.

Il dipendente è, altresì, 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 del disabile.

Data, _____

Firma del richiedente _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto:

- è informato che l'Istituto Oncologico Veneto tratterà i dati forniti, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati potrebbero essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale (art. 13 Regolamento UE 2016/679);

- è consapevole che il titolare del trattamento dei dati personali è l'Istituto Oncologico Veneto e delegato al trattamento è il Direttore dell' U.O.C. Gestione Risorse Umane;

- è consapevole di poter esercitare i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, ed in particolare il diritto di accesso ai dati personali che lo riguardano in corso di trattamento e alle altre informazioni di cui all'art. 15, par. 1, Regolamento UE 2016/679 e di poter proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma. Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a verifica.presenze@iov.veneto.it, all'indirizzo postale della sede legale di questo Istituto.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui agli artt. art. 13 e 15, Regolamento UE 2016/679, con particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 15 Reg. UE 2016/679, e acconsente al trattamento dei dati con le modalità e per le finalità indicate nella normativa stessa.

Data _____

Firma _____



REGIONE DEL VENETO
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
U.O.C. Gestione Risorse Umane
Piazza Antenore, 3 - 35121 Padova



REGIONE DEL VENETO