

FAC SIMILE RICHIESTA DI PERMESSI LEGGE 104/92

Al Dirigente della Direzione
per il Personale
Università degli Studi
Cagliari

OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 - Dipendente portatore di handicap grave.

Il/la sottoscritto/a _____, matr. _____, in servizio presso _____, Categoria _____ dell'Area _____, dichiarato/a dalla competente ASL portatore di handicap in situazione di gravità, ai sensi della legge n.104/92 e successive modificazioni ed integrazioni

CHIEDE

- la riduzione di due ore dell'orario giornaliero di servizio, effettuando il seguente orario settimanale di lavoro:

OVVERO

- la fruizione di n.3 giorni di permesso mensile o, in alternativa, di n.18 ore di permesso mensile.

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere necessità delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità e si impegna a comunicare il venir meno dei requisiti che hanno dato luogo alla concessione dei permessi retribuiti.

Allega copia del verbale della competente ASL, attestante lo stato di portatore/trice di handicap grave.

Data

Firma

Al Dirigente della Direzione
per il Personale
Università degli Studi
Cagliari

OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 – assistenza figli.

Il/la sottoscritto/a _____, matr. _____, in servizio presso

CHIEDE

la concessione dei permessi retribuiti previsti dall'art.33 della legge n.104/92, al fine di poter assistere il/la figlio/a _____, nato/a a _____ il _____, codice fiscale _____

A tal fine dichiara

- che il/la figlio/a non è ricoverato/a a tempo pieno
- che l'altro genitore _____:
 - 1) è lavoratore dipendente presso _____ con sede in _____, via _____
- che NON fruisce dei permessi legge 104/92;
- che fruirà alternativamente dei permessi, di cui il sottoscritto si impegna a darne comunicazione all'Amministrazione.
- 2) che l'altro genitore svolge lavoro autonomo
- 3) che l'altro genitore non svolge attività lavorativa.

Dichiara altresì:

1. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
2. 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;
3. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
4. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

ALLEGA

Verbale della competente ASL attestante lo stato di handicap in situazione di gravità.

Data

Firma

Al Dirigente della Direzione
per il Personale
Università degli Studi
Cagliari

OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 – assistenza parenti/affini.

Il/la sottoscritto/a _____, matr. _____, in servizio presso
_____, Categoria _____ dell'Area
_____.

CHIEDE

la concessione dei permessi retribuiti previsti dall'art.33 della legge n.104/92, al fine di poter assistere il/la proprio/a _____, nato/a a _____ il _____, parente/affine di ____ grado/ coniuge, codice fiscale _____.

A tal fine dichiara:

- che il /la portatore/portatrice di handicap non è ricoverato/a a tempo pieno;
- che il nucleo familiare della persona da assistere è così composto (*indicare tutte le persone del nucleo familiare che potrebbero prestare assistenza*):
 - 1) _____, lavoratore dipendente in servizio presso _____; lavoratore autonomo;
 - 2) _____, lavoratore dipendente in servizio presso _____; lavoratore autonomo;
 - 3) _____
- che sarà l'unica persona che usufruirà dei permessi della legge 104/92;

Dichiara altresì:

1. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
2. che il disabile risiede a meno di 150 Km dalla residenza del/la sottoscritto/a;
3. 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;
4. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Allega copia del verbale di riconoscimento dello stato di portatore/trice di handicap in situazione di gravità

Data

Firma

OGGETTO: richiesta di fruizione provvisoria dei benefici legge 104/92.

Il/la sottoscritto/a _____, in servizio presso
_____, Categoria _____ dell'Area
_____.

CHIEDE

la **concessione provvisoria** dei permessi retribuiti previsti dall'art.33 della legge n.104/92, al fine di poter assistere il/la proprio/a _____, nato/a a _____ il _____, parente/affine di ___ grado (ovvero coniuge o figlio/a), codice fiscale _____.

A tal fine dichiara:

- che il /la portatore/portatrice di handicap non è ricoverato/a a tempo pieno;
- che il nucleo familiare della persona da assistere è così composto:
 - 1) _____, lavoratore dipendente in servizio presso _____; lavoratore autonomo;
 - 2) _____, lavoratore dipendente in servizio presso _____; lavoratore autonomo;
 - 3) _____
- che sarà l'unica persona che usufruirà dei permessi della legge 104/92;
- che presta assistenza in via continuativa ed esclusiva;
- che la domanda di accertamento della condizione di portatore di handicap grave è stata presentata alla competente ASL in data _____

Dichiara altresì:

1. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
2. che il disabile risiede a meno di 150 Km dalla residenza del/la sottoscritto/a;
3. 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;
4. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare l'esito dell'accertamento dello stato di handicap e, nell'eventualità che non venga riconosciuto grave, si impegna altresì a recuperare i permessi retribuiti fruiti.

Data

Firma

Al Dirigente della Direzione
per il Personale
Università degli Studi
Cagliari

OGGETTO: richiesta di fruizione di congedo retribuito per assistenza figlio.

Il/la sottoscritto/a _____, matr. _____, in servizio presso _____, Categoria _____ dell'Area _____,

CHIEDE

la concessione del congedo retribuito previsto dall'art.42, comma 5 del Decreto Legislativo 26/03/2001, n.151 e successive modificazioni ed integrazioni, nel periodo dal _____ al _____, al fine di poter assistere il/la proprio/a figlio/a _____, nato/a a _____ il _____, codice fiscale _____, riconosciuto/a portatore/rice di handicap in situazione di gravità con verbale ASL/INPS che si allega (o già in possesso di codesta Amministrazione).

A tal fine dichiara:

- che il/la figlio/a portatore/trice di handicap in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
- che il/la padre/madre, lavoratore/trice dipendente presso _____, via _____, n._____, durante il succitato periodo di congedo non usufruirà dei permessi ex art.33 della legge 104/92;

Dichiara altresì:

1. di essere convivente con il/la figlio/a
2. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
3. 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;
4. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Data

Firma

Al Dirigente della Direzione
per il Personale
Università degli Studi
Cagliari

OGGETTO: richiesta di fruizione di congedo retribuito per assistenza fratello/sorella.

Il/la sottoscritto/a _____, in servizio presso
_____, Categoria _____ dell'Area
_____.

CHIEDE

la concessione del congedo retribuito previsto dall'art.42, comma 5 del Decreto Legislativo 26/03/2001, n.151 e successive modificazioni ed integrazioni, nel periodo dal _____ al _____, al fine di poter assistere il/la proprio/a fratello/sorella _____, nato/a a _____ il _____, codice fiscale _____, riconosciuto/a portatore/rice di handicap in situazione di gravità con verbale ASL/INPS che si allega (o già in possesso di codesta Amministrazione).

A tal fine dichiara:

- di essere convivente con il/la fratello/sorella portatore/trice di handicap in situazione di gravità;
- che i genitori _____ sono impossibilitati a provvedere all'assistenza del/la figlio/a perché totalmente inabili. Allega nel merito copia dei verbali ASL attestanti l'invalidità totale dei genitori;
- che il/la fratello/sorella portatore/trice di handicap in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
- che entrambi i genitori sono deceduti;

Dichiara altresì:

1. di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
2. 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;
3. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
4. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Data

Firma

Alla Dirigente della Direzione
per il Personale
Università degli Studi
Cagliari

OGGETTO: richiesta di fruizione di congedo retribuito per assistenza coniuge.

Il/la sottoscritto/a _____, in servizio presso
_____, Categoria _____ dell'Area
_____.

CHIEDE

la concessione del congedo retribuito previsto dall'art.42, comma 5 del Decreto Legislativo 26/03/2001, n.151 e successive modificazioni ed integrazioni, nel periodo dal _____ al _____, al fine di poter assistere il/la proprio/a coniuge _____, nato/a a _____ il _____, codice fiscale _____, riconosciuto/a portatore/rice di handicap in situazione di gravità con verbale ASL/INPS che si allega (o già in possesso di codesta Amministrazione).

Dichiara:

- che il coniuge portatore/trice di handicap in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- 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;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Data

Firma

Al Dirigente della Direzione
per il Personale
Università degli Studi
Cagliari

OGGETTO: richiesta di fruizione di congedo retribuito per assistenza genitore.

Il/la sottoscritto/a _____, in servizio presso
_____, Categoria _____ dell'Area
_____.

CHIEDE

la concessione del congedo retribuito previsto dall'art.42, comma 5 del Decreto Legislativo 26/03/2001, n.151 e successive modificazioni ed integrazioni, nel periodo dal _____ al _____, al fine di poter assistere il genitore _____, nato/a a _____ il _____, codice fiscale _____, riconosciuto/a portatore/rice di handicap in situazione di gravità con verbale ASL/INPS che si allega (o già in possesso di codesta Amministrazione).

Dichiara:

- 1) di essere convivente con il genitore (allega autocertificazione);
- 2) che il genitore portatore/trice di handicap in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
- 3) di essere convivente con il genitore portatore di handicap in situazione di gravità;
- 4) di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- 5) 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;
- 6) di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica, che lo Stato e la collettività sopportano esclusivamente per l'effettiva tutela del disabile;
- 7) di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Data

Firma