

La/il sottoscritta/o	Matricola
Nata/o a	il
Cod. fiscale	
residente a	In Via
In servizio presso	Tel.
Categoria	con rapporto di lavoro a Tempo <input type="checkbox"/> indeterminato <input type="checkbox"/> determinato
	<input type="checkbox"/> Part-time al <input type="text"/> % - data di assunzione <input type="text"/>

### CHIEDE

Ai sensi del comma 6 bis dell'art.25 della legge n.114/2014 e della Circolare INPS n.10 del 23.01.2015 di continuare a beneficiare dei permessi previsti dalla legge 104/92 art.33 e s.m.i. in quanto

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

### DICHIARA

#### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Che l'ASL di	Nella seduta del	
ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:		
Cognome	Nome	
Cod. Fiscale	Grado di parentela	
Data adozione/affido	Data di nascita	Luogo di nascita
Residente a	Prov.	
Via/Piazza	n.	

come risulta dalla certificazione che si allega.

- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi è dipendente pubblico presso
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è dipendente pubblico
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

Oppure

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore)  
se impiegato specificare l'amministrazione di appartenenza

di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;

Oppure

di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità ed esclusività l'assistenza allo stesso;

di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità ( Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore)

tre giorni al mese

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

**AVVERTENZA:** il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data

E-mail

La/il sottoscritta/o