

AREA GIURIDICO AMMINISTRATIVA**U.O.C. GESTIONE GIURIDICA ED ECONOMICA DEL PERSONALE**

PEC: amministrazione@pec.ausl.latina.it

Mod. 104/92 B/bis (da utilizzare per parenti / affini di 1° e 2° grado – **II beneficio**)**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ prov. (____) il _____

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di false attestazioni e mendaci dichiarazioni, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del predetto decreto, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

☐ **parente**1. di essere _____ di ☐ **primo grado** ☐ **secondo grado**☐ **affine**

in quanto _____ del/la Sig./ra _____
(indicare il rapporto di coniugio/parentela/affinità) (cognome e nome del disabile da assistere)

1.1 Da compilare se ricorrono le seguenti condizioni:

- ☐ che i genitori, o il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto, della persona in situazione di disabilità grave su indicata
- ☐ sono mancanti;
 - ☐ sono deceduti;
 - ☐ sono affetti da patologie invalidanti (in tal caso occorre produrre la relativa documentazione sanitaria);
 - ☐ hanno compiuto i sessantacinque anni di età;

2. che il familiare da assistere, sopra individuato, è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. n. 104/1992 e s.m.i.;

3. che il soggetto disabile da assistere non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura pubblica o privata, che fornisce assistenza sanitaria continuativa per le 24 ore;

4. che il soggetto disabile da assistere è lavoratore dipendente: ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo: _____;
(indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa)

5. di essere a conoscenza che:

- il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art. 33, comma 3, L. 104/92 e s.m.i, per l'assistenza del familiare disabile su indicato, può essere riconosciuto, su richiesta, a **più soggetti** interessati aventi diritto tra quelli indicati nella predetta norma di legge (essendo venuto meno il principio del "referente unico" a seguito della riforma dell'art. 33, comma 3, L. n. 104/1992 operata dal D.Lgs. n. 105/2022);
- in presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata disposizione ne consente la **fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili**, per l'assistenza alla stessa persona disabile;



6. che:

- ☐ è l'unico soggetto beneficiario dei permessi di cui sopra;
- ☐ oltre al sottoscritto, beneficiano dei permessi i seguenti altri familiari tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile:

✓ Cognome _____ nome _____ nato/a il ____/____/____
 a _____ prov. (____) Cod. Fisc. _____
 Grado di parentela/affinità con il disabile: _____
 Se lavoratore dipendente: _____
 (indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa)

✓ Cognome _____ nome _____ nato/a il ____/____/____
 a _____ prov. (____) Cod. Fisc. _____
 Grado di parentela/affinità con il disabile: _____
 Se lavoratore dipendente: _____
 (indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa)

7. di impegnarsi a comunicare i nominativi di eventuali altri soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra;
8. che, in presenza di altri beneficiari, frazionerà alternativamente con essi il godimento dei permessi, al fine del rispetto del limite dei 3 giorni mensili totali fruibili;
9. che, nei giorni in cui usufruirà dei permessi mensili retribuiti in argomento, nessun altro familiare avente diritto (compreso l'altro genitore nel caso di assistenza ai figli disabili) beneficerà della stessa tipologia di permesso, né del congedo straordinario retribuito di cui all'art. 42, D.Lgs. n. 151/2001 e smi e del congedo di cui all'art. 4, comma 2, L. n. 53/2000, per assistere la stessa persona in situazione di disabilità grave su indicata;
10. di impegnarsi a prestare effettiva assistenza nei confronti del disabile per il quale ha richiesto le agevolazioni e di essere consapevole che la possibilità di fruire di tali benefici comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
11. di comunicare tempestivamente per iscritto, alla U.O.C. Gestione Giuridica ed Economica del Personale, ogni variazione della situazione di fatto e di diritto che comporti il venir meno dei requisiti richiesti per la concessione dei permessi in argomento e la perdita della legittimazione alla fruizione dei benefici (es. decesso dell'assistito, revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della competente Commissione medica o, comunque, cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità, ecc.);
12. di essere consapevole che l'Amministrazione potrà eseguire controlli volti alla verifica delle dichiarazioni sostitutive rilasciate ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**(Reg. UE 2016/679 – D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali")**

L'Amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, compresi quelli particolari, saranno trattati dall'Azienda U.S.L. di Latina in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro.

Si allega copia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data _____

FIRMA
(il/la dichiarante)