



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

TSK 104

al Dirigente del Servizio *ammine e attivita'*
di supporto
SETTORE ATA
Via Gilli,3
38121 Trento

RICHIESTA AMMISSIONE AI BENEFICI LEGGE 104/92

IL SOTTOSCRITTO COGNOME _____

NOME _____ MATRICOLA _____, NATO

A _____; C.F. _____

RESIDENTE A _____ INDIRIZZO

_____ DOMICILIO (se diverso dalla
residenza) _____

DIPENDENTE DI RUOLO DAL ___/___/_____

(OVVERO) DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO PER IL PERIODO DAL _____ AL

NEL PROFILO PROFESSIONALE _____

CON ORARIO DI LAVORO

- TEMPO PIENO
- TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE ___ ORE
- TEMPO PARZIALE VERTICALE ANNUALE ___ ORE (CON PRESTAZIONE LAVORATIVA NEI MESI DI _____) OVVERO VERTICALE SETTIMANALE ___ ORE (CON PRESTAZIONE LAVORATIVA NEI GIORNI _____)

TITOLARE PRESSO _____

E ATTUALMENTE IN SERVIZIO

- presso _____ in posizione di utilizzo
- presso _____ in assegnazione provvisoria

CHIEDE

di essere ammesso ai benefici previsti dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" per:

- se stesso
- l'assistenza al sig./sig.ra _____ (indicare grado di parentela/affinità) _____ nato/a _____ (____), il _____, c.f. _____ e residente in _____, via _____ n. _____ domiciliato (indicare il domicilio solo se diverso dalla residenza) _____

a supporto della richiesta, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

- di prestare assistenza al/alla signor/a _____ impegnato/a in attività lavorativa presso (indicare il datore di lavoro) _____
 - beneficiario/a dei permessi previsti dalla legge 104/1992;
 - non beneficiario/a dei permessi previsti dalla legge 104/1992;
- che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati¹;

Da compilare da parte dei genitori che prestano assistenza al figlio disabile

- che l'altro genitore _____ c.f. _____ ha diritto a fruire dei permessi in quanto è lavoratore dipendente presso (indicare il datore di lavoro) _____ con orario settimanale di lavoro _____
- che l'altro genitore _____ c.f. _____ non ha diritto di fruire dei permessi in quanto lavoratore autonomo, libero professionista o persona in attesa di occupazione

Per i dipendenti che fruiscono dei permessi della Legge 104/92 per assistere parenti disabili (ad esclusione dei genitori del figlio disabile)

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap, in quanto l'assistito intende avvalersi dell'assistenza del sottoscrittore della presente domanda (allegare modello B).

¹ Si ricorda che fa eccezione il ricovero a tempo pieno della persona con disabilità in situazione di gravità, che si trovi in coma vigile, in situazione terminale o di un minore per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

Per i dipendenti che prestano assistenza a parenti/affini di 3° grado

- di avere diritto ai benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/92, inclusi i permessi mensili, per assistere il Sign/a _____ in quanto la situazione familiare del soggetto assistito è la seguente:

NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	CONDIZIONE ²
Padre _____	_____	_____
Madre _____	_____	_____
Coniuge _____	_____	_____

Il dipendente dichiara inoltre di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio Gestione del personale ogni variazione intervenuta.

Luogo e data

Firma del dipendente

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28/12/2000, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto
Sig.....
- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore

Si allega:

- copia conforme del verbale rilasciato da _____ in data _____
- copia del decreto di invalido di guerra (o equiparato) rilasciato dal Ministero dell'Economia e Finanze
- certificato del medico di base (nel caso in cui l'assistito sia affetto da "sindrome di down")
- dichiarazione della persona assistita (modello B)

RISERVATO ALL'UFFICIO

VISTO: la domanda è completa degli allegati dichiarati

IL DIRIGENTE

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali

- I dati da lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento alla domanda per ottenere i benefici ai sensi della L. 104/92;
- il conferimento dei dati non è obbligatorio, ma in caso di mancato conferimento non potrà essere dato corso all'istanza presentata;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il titolare del trattamento è la Provincia Autonoma di Trento, con sede in Piazza Dante 15 - 38122 Trento;
- responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio per la gestione delle risorse umane della scuola e della formazione che provvede alla nomina degli incaricati all'interno della struttura di sua competenza;
- i dati non sono/sono oggetto di comunicazione a soggetti esterni alla Provincia Autonoma di Trento;
- in ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del decreto legislativo n. 196/2003 citato, e cioè ottenere la conferma dell'esistenza dei dati, conoscere il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e chiederne la rettifica, la cancellazione o l'aggiornamento.

² E' sufficiente che uno dei soggetti menzionati si trovi nelle descritte situazioni (persone che hanno compiuto il 65 anno di età oppure soffrono di patologie invalidanti oppure siano deceduti o mancanti (divorzio, separazione legale, abbandono).