

---

**RICHIESTA APPLICAZIONE ART. 33, COMMA 3, L. 104 – ASSISTENZA A  
FAMILIARE O AFFINE IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE DI TERZO GRADO**

**All'Area personale dirigente, tecnico  
amministrativo e bibliotecario**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge 104/1992 di fruire di:

3 giorni di permesso mensile retribuito;

18 ore di permessi mensili retribuiti;

per l'assistenza a:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato\la il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

(indicare il rapporto di coniugio\unione civile\convivenza di fatto o parentela o affinità):

\_\_\_\_\_  
(indicare se la persona assistita è dipendente pubblico ed in caso positivo indicare  
l'Amministrazione Pubblica presso cui presta servizio) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(indicare il comune di residenza dell'assistito\la) \_\_\_\_\_  
portatore di handicap grave, riconosciuto ai sensi dell'art. 3 ed accertato ai sensi dell'art. 4  
della Legge sopra indicata;

Allega:

Verbale rilasciato dall'INPS n. .... del..... con cui è attestato lo stato di handicap grave del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_;

Certificato medico provvisorio (valido fino all'emissione di quello definitivo) rilasciato dalla Commissione medica competente per l'accertamento dell'handicap grave al termine della visita

\*poiché la Commissione medica non si è pronunciata entro 45 giorni dalla presentazione della domanda per il riconoscimento dell'handicap, allega certificato provvisorio (valido fino all'emissione di quello definitivo) del medico specialista nella patologia della quale è affetto ovvero nelle patologie denunciate;

Certificazione idonea comprovante la legittimità dell'estensione del beneficio al terzo grado di parentela o affinità (*3<sup>a</sup> grado: quando i genitori o il coniuge (parte unita civilmente\convivente) della persona con handicap grave si trovino in una delle seguenti condizioni: a) abbiano compiuto 65 anni; b) siano anche essi affetti da patologie invalidati; c) siano deceduti o mancanti es. divorzio, separazione legale, abbandono*)

#### DICHIARA

- che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ non è ricoverata a tempo pieno;
- che la distanza chilometrica tra il comune di residenza dell'assistito e la propria residenza è:

inferiore o uguale a 150 Km, ovvero

superiore a 150 Km

*(Ai sensi dell'art. 33, comma 3 bis, della L. 104/1992 come modificato e integrato dall'art. 6 del D.Lgs. 18 luglio 2011, n. 119 il dipendente che usufruisce dei permessi per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, è tenuto ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito)*

- 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 e un impegno di spesa pubblica che la pubblica amministrazione e la collettività sopportano;

- di essere consapevole delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del DPR 445/2000);
- di essere consapevole di decadere dai benefici al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 del DPR 445/2000);
- di assumere l'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione difatto o di diritto da qui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni

Così come disposto dall'art.2 del D. Lgs. 105/2022, il/la sottoscritto/a dichiarante si impegna inoltre a fruire dei permessi retribuiti in via alternativa con altri soggetti ammessi a richiedere congedi relativi all'art. 33 comma 3 della L. 104/1992 per il/la suddetto/a assistito/a.

Roma,

IL/LA DICHIARANTE

---

IL/LA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

---

*\* il medico specialista che può rilasciare la certificazione provvisoria di handicap può anche essere il medico della struttura di ricovero pubblica o privata equiparata alla pubblica, ovvero:*

*- aziende ospedaliere (ospedali costituiti in azienda ai sensi dell'art. 4, comma 1 del D.L. 502/92), nonché istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (art. 42 legge 833/78);*

*- strutture ospedaliere private equiparate alle pubbliche e cioè:*

*- policlinici universitari (art. 39 della legge 833/78);*

*- istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati (art. 42 della legge 833/78);*

*- ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'art. 1, ultimo comma, della legge 132/68 (art. 41 legge 833/78);*

*- istituti sanitari privati qualificati presidi ASL (art. 43, comma 2, della legge 833/78 e DPCM 20.10.1988);*

*- enti di ricerca (art. 40 della legge 833/78)*