

Modulo richiesta concessione agevolazioni Legge 104/92 per assistenza a familiare disabile

**Al Responsabile S.C Trattamento Giuridico ed Economico
Ufficio della ASSL _____**

(protocollare in modalità *dati sensibili*)

OGGETTO: *Richiesta di ammissione alla fruizione dei benefici per l'assistenza ad un familiare in condizione di disabilità grave, ai sensi della L.104/92 (art. 33 co. 3) e del D.Lgs. 151/2001 (art. 33 e art. 42, commi 1 e 2).*

compilare il presente modulo possibilmente in carattere stampatello e in modo leggibile

Il/la sottoscritto/a _____ Matricola _____

nato/a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ via _____

num. Telefono _____ indirizzo mail aziendale _____

dipendente con la qualifica/ profilo professionale di _____

in servizio presso la U.O _____

con rapporto di lavoro a

- tempo indeterminato
- tempo determinato fino al _____
- tempo pieno
- tempo parziale (specificare: orizzontale, verticale, h. settimanali)

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi mensili e delle agevolazioni previste dalla normativa in oggetto, in quanto:

- Genitore, anche adottivo, con figlio in situazione di disabilità grave**

In particolare, chiede di fruire del seguente beneficio: (nota: optare per uno dei benefici indicati)

- 3 giorni di permesso mensili
- 2 ore di permesso al giorno (1h se l'orario di lavoro è inferiore a 6 ore)

(nota: le due ore di permesso giornaliero retribuito possono essere chieste solo a partire dalla conclusione del periodo di normale congedo parentale teoricamente fruibile dal genitore richiedente e fino ai tre anni di età del figlio)

- **Coniuge/parte di unione civile, parente o affine entro il secondo grado di persona con disabilità grave**
- **Parente o affine di terzo grado di persona con disabilità grave**

A tal fine rilascia

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'

Concernente fatti, stati, o qualità a diretta conoscenza dell'interessato

(Art. 47 DPR 28/12/2000 n.445)

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

Consapevole che, ai sensi dell'art. 33, comma 7-bis della legge n. 104/1992, fermo restando la verifica dei presupposti per l'accertamento della responsabilità disciplinare, il lavoratore decade dai diritti di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992, qualora il datore di lavoro accerti l'insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei medesimi diritti;

sotto la propria esclusiva responsabilità.

Consapevole, inoltre, del fatto che ATS Sardegna potrà operare in sede di istruttoria della presente richiesta dei controlli diretti a verificare la sussistenza del diritto a fruire delle agevolazioni in esame e che potranno inoltre essere attivati controlli a campione, anche successivi, sul contenuto delle dichiarazioni sostitutive di certificazione presentate dai dipendenti.

DICHIARA

DATI DEL DISABILE DA ASSISTERE: (dati necessari anche per adempiere al debito informativo di cui all'art. 24, commi 4 e 5, della legge n. 183/2010)

-Cognome: _____ Nome: _____

- Sesso:

- Maschio
- Femmina

- Luogo di nascita:

- Nazione: _____ Provincia: _____

Comune: _____

- Data di Nascita: _____ Codice Fiscale: _____

- Residenza: Provincia: _____ Comune: _____

Via: _____

- Tipo disabilità:

- Provvisoria
- Non Rivedibile
- Rivedibile Anno Revisione _____

- Parentela: (il grado di parentela è riferito all'assistito. Ad esempio, nel caso si assista un genitore il grado di parentela è **Genitore**, se invece si assiste un figlio occorre specificare, nella sezione successiva, se l'assistito (figlio) è minore di tre anni o maggiore e se l'assistenza è prestata congiuntamente all'altro coniuge).

- Genitore
- Coniuge/parte di unione civile
- Figlio
- Parente o affine fino al II Grado (specificare quale tra i seguenti sorella, fratello, nonni, nipoti (figli dei figli), suoceri, generi, nuore, cognati: _____)
- Parente o affine di III Grado (solo in questa ipotesi compilare la parte che segue)

Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di III grado (sono parenti di terzo grado zii, nipoti (figli di fratelli o sorelle):

(specificare rapporto di parentela: _____)

o non è coniugato

o è vedovo/a

o è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età

o è coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (da documentare)

o è separato legalmente o divorziato (da documentare)

o è coniugato ma in situazione di abbandono

o ha uno o entrambi i genitori deceduti

o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età

o ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (da documentare)

- L'assistito è dipendente pubblico: SI NO

se dipendente pubblico indicare:

tipo rapporto/contratto: Tempo indeterminato Tempo determinato

Amministrazione: _____

*Parte da compilare (in aggiunta a quella precedente) se il disabile assistito è il proprio **figlio**:*

- se l'assistito è un figlio indicare se:

- è minore di tre anni: SI NO

- la fruizione è alternativa con l'altro genitore: SI NO

(in caso di risposta affermativa indicare il nome dell'altro genitore):

_____ nato nel Comune di _____ (____), il _____

- l'altro genitore è dipendente pubblico SI NO

dati datore di lavoro (denominazione, indirizzo etc): _____

DICHIARA

- che sussistono tutte le condizioni ed i presupposti per la legittima fruizione dei benefici richiesti, di seguito elencate (**la sottoscrizione del modulo equivale a implicita dichiarazione di esistenza delle condizioni elencate**):

- di essere stato scelto dal familiare disabile quale referente unico per l'attività di assistenza (*nota bene: nel caso di assistenza al figlio disabile, le agevolazioni in esame possono essere fruiti da entrambi i genitori, alternativamente*) e di assumere il ruolo, e la connessa responsabilità, di punto di riferimento della gestione generale dell'intervento assistenziale, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della sua rispondenza ai bisogni del disabile assistito;

- che, essendo il referente unico per l'attività di assistenza al soggetto disabile, nessun altro familiare è stato ammesso dal proprio datore di lavoro (pubblico o privato) alla fruizione delle agevolazioni previste dalla legge n.104/1992 e del congedo straordinario di cui all'art. 42, comma 5, del D.lgs. n. 151/2001;

- di prestare effettivamente attività di assistenza nei confronti della persona disabile per cui è richiesto il beneficio in oggetto;

- che il familiare disabile assistito non è ricoverato a tempo pieno;

- 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 lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;

- che la copia della documentazione relativa alla gravità dell'handicap è conforme all'originale;

Dichiaro, infine, che vi sono i seguenti altri familiari della persona disabile assistita che potrebbero fruire dei benefici in esame in quanto parenti od affini entro il 2° e 3° grado, titolari di un contratto di lavoro subordinato, con datore di lavoro privato o pubblico:

(in questa ipotesi va compilata la sezione che segue, per ciascun familiare lavoratore dipendente).

NB la mancata compilazione di questa sezione equivale a dichiarazione di assenza di altri familiari legittimati, in alternativa al richiedente, alla fruizione dei permessi)

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____

Telefono _____

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____

Telefono _____

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____

Telefono _____

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____

Telefono _____

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____

Telefono _____

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____

Telefono _____

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____

Telefono _____

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____

Telefono _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni. A titolo di esempio, tra le situazioni che possono dar luogo alla decadenza o alla sospensione del diritto a fruire delle agevolazioni, si menzionano:

- il venir meno della situazione di handicap grave a seguito della visita di revisione,
- il decesso della persona in situazione di handicap grave,
- la circostanza che un altro familiare del disabile assistito sia ammesso dal proprio datore di lavoro a fruire dei permessi mensili o del congedo straordinario,
- di impegnarsi inoltre a comunicare ogni variazione circa i dati precedentemente comunicati in relazione al familiare assistito (ad esempio i dati relativi alla residenza anagrafica, i dati relativi all'eventuale rapporto di lavoro con una pubblica amministrazione).

ALLEGA:

- Copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, della Legge n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009, attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- Certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 45 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave (allegare anche copia della suddetta istanza), non è stato ancora rilasciato il verbale della competente Commissione medica (verbale che dovrà essere presentato non appena disponibile).
- Copia del provvedimento dell'Autorità Giudiziaria relativo alla limitazione della capacità di agire dell'assistito (p. es. nomina amministratore di sostegno, provvedimento di interdizione, etc)
- Informativa privacy sottoscritta dal familiare assistito e copia documento di identità del medesimo in corso di validità.

Allega inoltre, nei casi previsti (relativi alla ipotesi di assistenza di parente/affine di terzo grado): la documentazione sanitaria attestante la patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico, il provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

IL DICHIARANTE

_____, li _____

Indicare il proprio recapito telefonico e l'indirizzo di posta elettronica, al quale l'Ufficio potrà inviare eventuali richieste di informazione o di integrazione in merito alla pratica:

Tel: _____ E-mail: _____

INFORMATIVA PRIVACY (per il familiare assistito)

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali

ATS Sardegna, con sede legale in Sassari via E. Costa 57, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i seguenti dati personali sono raccolti in relazione alla procedura di concessione dei benefici di cui all'art. 33 co. 3 L.104/92 attivata su istanza del suo familiare sig.....che li comunica al Titolare e potranno essere trattati per le seguenti finalità

Per le finalità espresse nella presente informativa saranno trattati solo dati personali e particolari come meglio specificato per ottemperare agli obblighi contrattuali e normativi, nell'ambito della gestione dei benefici ex L.104/92 s.m.i., oltre che per ottemperare ad eventuali norme nazionali o dell'Unione Europea che dovessero impattare sulla gestione di tale istituto.

Finalità del trattamento

Le finalità del trattamento sono: esecuzione del contratto individuale di lavoro, del CCNL di riferimento applicato e delle normative connesse al rapporto di lavoro.

La base giuridica del trattamento si può individuare negli obblighi contrattuali e più in generale tutte le norme che impattano sul rapporto di lavoro (art. 6 lett. b, c per quanto concerne i dati personali e art.9 lett. b per quanto riguarda i dati particolari).

Conservazione. I dati forniti saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti e, successivamente per il tempo previsto dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti applicabili.

Il trattamento è effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza indicate dal **Regolamento EU/2016/679 e dal D.lgs 196/2003 e ss.mm.ii.** I dati verranno conservati nell'ottica della massima tutela della riservatezza e dell'integrità dei medesimi non solo nella fase di conservazione ma anche durante le fasi di trattamento.

Il mancato conferimento dei Suoi dati per la presente finalità ha come conseguenza l'impossibilità di attribuire la concessione dei benefici di cui all'art. 33.comma 3 L.104/92

Diffusione, Eventuali destinatari o categorie di destinatari dei dati

Diffusione. I dati non saranno diffusi

Destinatari. I dati forniti saranno trattati esclusivamente da persone autorizzate al trattamento ed opportunamente istruite.

I dati potranno altresì essere comunicati a Enti Pubblici, Inps, Inail, Forze di Polizia o altri Soggetti Pubblici e Privati, ma esclusivamente al fine di adempiere ad obblighi contrattuali, di legge, regolamento o normativa comunitaria.

L'elenco aggiornato con gli estremi identificativi di tutti i Responsabili del Trattamento, potrà essere da Lei richiesto in qualunque momento al Titolare, che provvederà immediatamente a renderlo disponibile.

Diritti dell'interessato Artt. 15, 16, 17, 18, 20 , 21 del Regolamento EU/2016/679(GDPR)

Lei può esercitare nei confronti del Titolare del trattamento. i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del GDPR e, segnatamente, il diritto di accesso ai dati personali, di rettifica, di cancellazione "diritto all'oblio", di limitazione di trattamento, di portabilità dei dati e di opposizione in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che La riguardano.

Ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, Le è riconosciuto il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure nel luogo ove si è verificata la presunta violazione.

Inoltre Lei può richiedere di conoscere gli estremi identificativi degli amministratori di sistema nominati e dei gestionali all'interno dei quali sono presenti i dati di Sua competenza.

Lei potrà esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al titolare anche tramite mail all'indirizzo

La S.V. potrà ai sensi dell'art. 14 lett b del Regolamento EU/2016/679, rivolgersi, altresì, al Responsabile della Protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo ssd.dpo@atssardegna.it e ssd.dpo@pec.atssardegna.it per tutte le questioni attinenti il trattamento dei Suoi dati,

La presente informativa è stata redatta in data _____.

Io sottoscritto _____ - dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento di concessione benefici L.104/92 ed alle conseguenti attività organizzative e amministrative legate alle normative che regolano la fruizione dei relativi benefici .

Luogo data e firma assistito _____

Il titolare del trattamento _____

