



# Università degli Studi “G. d’Annunzio” Chieti - Pescara

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL’UNIVERSITA’ DEGLI STUDI  
“G d’Annunzio”  
CHIETI/PESCARA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in  
servizio presso \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di fruire dei permessi mensili, previsti dall’art. 33 comma 3° della legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni per poter assistere il Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_.

Disabilità grave accertata dalla ASL di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

RIVEDIBILE NO ☐ SI ☐ ALLA DATA DEL \_\_\_\_\_

con il quale è nella seguente relazione di parentela: \_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti – ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 – con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata, con le eccezioni previste dalla circolare della Funzione Pubblica n.13 del 6.12.2010;
- di essere consapevole che nel caso del non riconoscimento dell’handicap in situazione di gravità da parte della Commissione Medica di Verifica, l’Amministrazione provvederà al recupero di quanto già usufruito a titolo di permessi per la Legge 104/92;
- che la distanza tra la propria residenza e quella del familiare è ☐ inferiore ☐ superiore a 150 Km;
- che i seguenti parenti/affini entro il 3° grado **lavoratori** non usufruiscono dei permessi ai sensi dell’art. 33 della Legge 104/92 per lo stesso portatore di handicap

## ELENCO FAMILIARI DEL DISABILE AUTORIZZATI A FRUIRE DEI PERMESSI PER L’ASSISTENZA DEL MEDESIMO

| Cognome e Nome | Grado di parentela rispetto al disabile | Nome datore di lavoro o Azienda | Numero di telefono, indirizzo mail e PEC del datore di lavoro/ Azienda |
|----------------|-----------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                |                                         |                                 |                                                                        |
|                |                                         |                                 |                                                                        |
|                |                                         |                                 |                                                                        |
|                |                                         |                                 |                                                                        |
|                |                                         |                                 |                                                                        |

## ALLEGA:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all’art. 4, comma 1, L.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 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza;



# Università degli Studi “G. d’Annunzio” Chieti - Pescara

- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – nella quale vengono indicati i familiari che presteranno l’assistenza prevista dai termini di legge.
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell’istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a:

1. comunicare qualunque variazione a quanto dichiarato che possa comportare la perdita del suddetto beneficio.
2. documentare, per ogni permesso orario o giornaliero fruito, con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell’assistito qualora la persona cui presta assistenza fosse residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 Km rispetto a quella della propria residenza (art. 33, comma 3bis, L.n. 104/92 così come aggiunto dall’art. 6, comma 1, lettera b, del D.L.vo 119/2011);

Chieti \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_



# Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti - Pescara

## DICHIARAZIONE DA COMPILARSI A CURA DEL SOGGETTO ASSISTITO RICONOSCIUTO IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76  
del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

### dichiara:

- ☐ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- ☐ di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- ☐ di non essere ricoverato a tempo pieno;
- ☐ di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/92 per se  
stesso;
- ☐ di non prestare attività lavorativa;
- ☐ di voler essere assistito da (indicare il nominativo o i nominativi di chi presterà assistenza):
  - ☐ Sig. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_, dipendente presso  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_
  - ☐ Sig. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_, dipendente presso  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ rilasciato  
da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

Chieti/Pescara \_\_\_\_\_

=====

**Qualora il soggetto assistito non possa firmare, il richiedente può compilare la dichiarazione sostitutiva di  
notorietà riportata nella pagina seguente**



# Università degli Studi “G. d’Annunzio” Chieti - Pescara

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ RESA DAL DIPENDENTE (ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi dichiara di essere a conoscenza che la dichiarazione resa dal soggetto disabile di cui sopra, identificato mediante documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ corrisponde a verità.

Dichiara, altresì, che il suddetto:

- ☐ non sa firmare
- ☐ non può firmare a causa di un impedimento permanente.

Chieti/Pescara \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)



# Università degli Studi “G. d’Annunzio” Chieti - Pescara

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL’UNIVERSITA’ DEGLI STUDI  
“G d’Annunzio”  
CHIETI/PESCARA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ già autorizzato a fruire  
dei permessi ai sensi dell’art. 33, L. 104/92 per assistere il/la  
Sig/ra \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), tenuto conto delle modifiche apportate alla citata disposizione normativa dal D.Lgs. n. 105/2022 - art.3, comma 1, lettera b n.2

Dichiara

che a decorrere dal \_\_\_\_\_ beneficerà dei predetti permessi per  
l’assistenza al/alla \_\_\_\_\_ anche il Sig./Sig.ra:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_

Grado di parentela (riferito al familiare) \_\_\_\_\_

Cordiali Saluti

Chieti/Pescara \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

Allegati

1. documento d’identità in corso di validità
2. dichiarazione del soggetto riconosciuto in situazione di disabilità grave.