AL SIGNOR DIRIGENTE _____
(l'Ufficio d'appartenenza)

Richiesta permessi L. 104/92
Mod. n.12

Il/la sottoscritto/a

Dati Anagrafici	**Qualifica**																						
	Cognome Nome																						
	Nato il									**A**													
	In servizio presso																						

A seguito del provvedimento n°_____ concessivo dei benefici di cui all'art. 3, comma 3, L. 104/92, emesso in data _____dal Sig. Questore di Roma,

CHIEDE

di poter fruire di giorni (max 3 giorni mensili) dal al

di poter fruire in data di ore (max 18 mensili) dalle ore alle ore

di poter fruire di due ore giornaliere nel periodo dal ____/____/20_____ al _____/_____/20_____ dalle ore _____ alle ore _____ (*Solo nel caso in cui il dipendente ne fruisce per sé stesso art.33 c.6 L.104/92*)

N.B. Per l'assistenza allo stesso disabile grave, il diritto è riconosciuto a più soggetti aventi diritto che possono fruirne alternativamente nel limite massimo di 3 giorni o 18 ore mensili.

Al riguardo, consapevole della responsabilità penale ed amministrativa cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci a norma degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, **DICHIARA** quanto segue**, ai sensi degli artt. 46 - 47 del D.P.R. 445/2000 e succ. mod. ed int.:**

N.B. Salvo dimostrate situazioni di urgenza, , per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese. Inoltre qualora non sia possibile comunicare tali assenze nell'arco del mese, la comunicazione dovrà essere effettuata nell'ambito della programmazione del servizio settimanale, tenendo conto che se il permesso venga richiesto successivamente alla programmazione medesima per improvvise esigenze di assistenza al disabile, il dipendente è tenuto a documentare o dichiarare l'urgenza e l'imprevedibilità della situazione**:**

_____

Resoconto mensile dei permessi fruiti precedentemente nello stesso mese			
Giorni già fruiti dal RICHIEDENTE		**Ore già fruite**	
Giorni già fruiti da ALTRO FAMIGLIARE AVENTE DIRITTO		**Ore già fruite**	

che nel periodo di cui sopra, **l'altro famigliare avente diritto** ❒ non fruirà ❒ fruirà del congedo straordinario biennale - retribuito e non retribuito - per assistenza alla persona disabile, ai sensi dell'art.4 co. 2 della L.53/2000 e s.m.i., dell'art.33 co. 2 della L.104/92 e s.m.i.e degli artt.33 e 42 co.5 del D.Lgs 151/2001 e s.m.i. N.B**. In caso affermativo, i permessi di cui alla presente istanza non potranno essere accordati.**

Inoltre il dipendente che usufruisce dei permessi in questione per assistere il familiare in condizioni di grave disabilità residente in un comune ad una distanza stradale superiore a 150 km è tenuto a presentare un'idonea documentazione che attesti l'effettivo raggiungimento del familiare con disabilità al quale presta assistenza.

che quanto precedentemente dichiarato in ordine ai requisiti necessari per la fruizione dei permessi in argomento, ha subito variazioni: ❒ NO ❒ SI **in caso affermativo specificare le variazioni intervenute: _____**

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Inoltre, di essere a conoscenza che qualora a seguito della verifica da parte dell'Amministrazione quanto dichiarato non dovesse trovare riscontro, si procederà alla tempestiva contestazione degli addebiti per lo svolgimento del relativo procedimento e, se del caso, alla comunicazione alle Autorità competenti delle ipotesi di reato.

Luogo e data_____ **Firma del dipendente _____**

La presente può essere sottoscritta in presenza del funzionario dell'ufficio o, in alternativa, corredata da una copia di valido documento di riconoscimento dell'interessato - art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DI APPARTENENZA

Si attesta l'autenticità della firma, apposta in mia presenza dal dipendente in data _____(art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000)

Timbro e firma del funzionario addetto

Luogo e data