

Qualifica:..... Cognome..... Nome:.....
 nato a (....) il C.F.....
 residente in..... via n..... Sc.....P.....Int.....
 celibe/nubile coniugato/a unito/a civilmente convivente di fatto vedovo/a coniuge mancante (*allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda*) parte unita civilmente mancante (*allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda*) con il Sig/ra..... nato a (....) il C.F.....
 residente in..... via n..... Sc.....P.....Int.....

CHIEDE

di **fruire dell'esonero dal turno notturno** previsto dalla Legge 5 febbraio 1999, n.25 e dal D.P.R. 16 marzo 1999, n.254 e s.m.i. per assistere il/la Sig/ra:, coniuge persona a lui unita civilmente convivente di fatto parente/affine di grado (**descrivere in modo analitico il legame di parentela/affinità**)....., riconosciuta persona disabile ai sensi dell'art. 3 comma della L.104/92.

A tal fine allega la sottonotata documentazione:

- Copia del verbale di accertamento dell'handicap grave datato (*qualora non ancora presentato o siano intervenute modifiche*)
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà redatta resa dal sottoscritto per assistenza al portatore di handicap Mod. "T"
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà resa dal disabile familiare Mod. "IE"
 tutore curatore amm.re di sostegno Mod. "LE"

N.B. Tale dichiarazione non deve essere presentata qualora l'esonero in questione sia richiesto per assistere il figlio MINORENNE.

- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sulla conoscenza degli aspetti e tratti peculiari dell'esonero richiesto Modd. "U"

Altro:

Luogo e data..... **Firma del richiedente**.....

La presente può essere sottoscritta in presenza del funzionario dell'ufficio o, in alternativa, può essere spedita per posta o fax, 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	Si attesta l'autenticità della firma, apposta in mia presenza sulla presente istanza e sui seguenti modelli allegati: <input type="checkbox"/> "T" <input type="checkbox"/> "U" dal dipendente in data (art. 38 Testo Unico della documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000), il quale è stato preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace Luogo e data Timbro e firma del funzionario addetto
------------------------------	---

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO DI NOTORIETA'

(artt.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Mod. "T" pag.1 di 2

Il sottoscritto/a..... nato/a a..... (....) il.....
in relazione alla domanda dell'esonero dal turno notturno **per assistenza a persona disabile** presentata in data
....., previsto dalla Legge 5 febbraio 1999, n.25 e dal D.P.R. 16 marzo 1999, n.254 e s.m.i, *consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni, di formazione e di uso di atti falsi il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i.*

DICHIARO

- **di essere residente** in (....) via n..... Sc..... Piano..... Int..... e dimorante, *(da compilare solo nel caso sia diversa dalla residenza anagrafica)* in (....) via n..... p..... sc..... int.....
- di **non usufruire** **usufruire** di alloggio collettivo presso
- di **non essere** **essere** stato **formalmente autorizzato** a dimorare in modo abituale e permanente nel rispetto degli obblighi di servizio previsti dal combinato disposto degli artt.32 e 33 del d.p.r.782/85 (**n.b. da compilare solo da coloro che dimorano fuori dal comune ove ha sede il proprio ufficio di appartenenza**) in..... (....) via n..... piano scala int con autorizzazione n..... rilasciata il..... da
- **di richiedere l'esonero dal turno notturno, per prestare assistenza al portatore di handicap** Sig./ra..... nato/a il residente in (....) via n..... piano..... scala int....., dimorante *(da compilare solo nel caso sia diversa dalla residenza anagrafica)* in (....) via n..... piano scala int ,
- **che la persona da assistere è riconosciuta disabile ai sensi dell'art.3 comma..... della L.104/92**, con verbale rilasciato da il validità ritenuta non rivedibile rivedibile il.....
 - con certificazione provvisoria rilasciata da in data.
(N.B.: qualora a procedimento definitivamente concluso, la competente Commissione Medica non riconoscesse lo stato di handicap, il beneficio verrà revocato; il dipendente è tenuto a presentare non appena in possesso, il verbale di accertamento definitivo dell' handicap)
 - sentenza omologa rilasciata dal Tribunale di in data.....
(N.B: è necessario allegare le conclusioni della relazione del Consulente Tecnico d'Ufficio)
- **di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile:**
 - coniuge persona a lui unita civilmente convivente di fatto
 - parente o affine di I grado(descrivere in modo analitico il legame di parentela/affinità)
 - parente o affine di II grado (descrivere in modo analitico il legame di parentela/affinità)
 - parente o affine di III grado (descrivere in modo analitico il legame di parentela/affinità)
- **di essere parente/affine di III grado con la persona disabile e che :**
 - il coniuge della persona disabile ha compiuto 65 anni di età
 - la parte unita civilmente della persona disabile ha compiuto 65 anni di età
 - il convivente di fatto della persona disabile ha compiuto 65 anni di età
 - i genitori della persona disabile hanno compiuto 65 anni di età
 - il coniuge della persona disabile è affetta da patologie invalidante(*come da certificazione medica allegata: si veda legenda*)
 - la parte unita civilmente della persona disabile è affetta da patologie invalidante(*come da certificazione medica allegata: si veda legenda*)
 - il convivente di fatto della persona disabile è affetta da patologie invalidante(*come da certificazione medica allegata: si veda legenda*)

- i genitori della persona disabile sono affetti da patologia invalidante (come da certificazione medica allegata: si veda legenda)
- il coniuge della persona disabile è deceduto o mancante (in caso fosse mancante indicare il motivo ed allegare la documentazione ufficiale: si veda legenda)
- la parte unita civilmente della persona disabile è deceduto o mancante (in caso fosse mancante indicare il motivo ed allegare la documentazione ufficiale: si veda legenda)
- il convivente di fatto della persona disabile è deceduto o mancante (in caso fosse mancante indicare il motivo ed allegare la documentazione ufficiale: si veda legenda)
- i genitori della persona disabile sono deceduti o mancanti (in caso fosse mancante indicare il motivo ed allegare la documentazione ufficiale: si veda legenda)

- **che la persona disabile è** celibe/nubile coniugato/a unito/a civilmente convivente di fatto vedovo/a coniuge mancante (allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda) parte unita civilmente mancante (allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda) convivente di fatto mancante (allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda) **con il Sig/ra**..... nato/a a (.....) il..... residente in (.....) via..... n... Sc.... Piano.... Int.... C.F., dimorante temporaneamente (da compilare solo nel caso sia diversa dalla residenza anagrafica – si veda mod.O) in (.....) via..... n..... Sc..... Piano..... Int....., come da registrazione nello schedario della popolazione temporanea nel predetto comune,
- **che la persona disabile** non è ricoverata a tempo pieno è ricoverata.

PARTE RISERVATA NEL CASO IN CUI I PERMESSI MENSILI VENGONO RICHIESTI DA PIU LAVORATORI PER ASSISTERE LA STESSA PERSONA CON HANDICAP DA PARTE DEL CONIUGE O DAI PARENTI/AFFINI DI PRIMO-SECONDO-TERZO GRADO
N.B. Fermo restando il limite complessivo di tre giorni, per l'assistenza allo stesso individuo con disabilità in situazione di gravità, il diritto può essere riconosciuto su richiesta, a più soggetti aventi diritto, che possono fruirne in via alternativa tra loro.

Generalità di altri familiari aventi diritto che hanno chiesto e fruiscono dei permessi per la stessa persona con handicap NO

SI: cognome..... nome..... nato/a il ___/___/___ a.....
 C.F..... residente in..... domiciliato/a
 in..... grado di parentela tipo di parentela
 Fruisce dal ___/___/___ Datore di lavoro
 indirizzo del datore di lavoro pec/mail.....
 Telefono ufficio del personale del datore di lavoro.....

N.B. l'esonero in argomento può essere richiesto da un solo beneficiario.

Altre notizie.....

Luogo e data..... **Firma del richiedente**.....

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

Il sottoscritto/a..... Qual.....nato/a
a..... (....) il..... in relazione alla domanda **dell'esonero dal turno notturno per assistenza a persona disabile** presentata in data, previsto dalla Legge 5 febbraio 1999, n.25, dal D.P.R. 16 marzo 1999, n.254 e s.m.i. *consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni, di formazione e di uso di atti falsi il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i.*

DICHIARO

- a) di impegnarsi a comunicare tempestivamente la revisione del giudizio dell'handicap eventualmente effettuata da parte della Commissione ASL/Inps;
- b) di essere, nell'ambito dei parenti ed affini entro il 3° grado della persona in situazione di handicap, fruitore dei permessi mensili retribuiti previsti dalla legge 104/92 e s.m.i (n.b. nel caso in cui i permessi vengano chiesti congiuntamente ad altri familiari aventi diritto per assistere la stessa persona con handicap, i permessi possono essere fruiti alternativamente nel limite massimo di tre giorni mensili, tra gli aventi diritto e di essere l'unico tra gli aventi diritto a richiedere l'esonero dal turno notturno);
- c) di essere a conoscenza che l'esonero dal turno notturno può essere richiesto da un solo beneficiario e che è concesso a domanda per i dipendenti che abbiano "**a proprio carico**" un soggetto disabile ai sensi della legge 104/92 la cui dimora non sia oggettivamente lontana;
- d) di essere a conoscenza che ai sensi del combinato disposto degli artt. 32 e 33 del D.P.R. 782/85 e s.m.i. il personale della Polizia di Stato ha l'obbligo di stabilire l'effettiva e permanente dimora nel luogo di servizio e che il capo dell'ufficio o reparto per rilevanti ragioni, può autorizzare il dipendente che ne faccia richiesta a risiedere in luogo diverso da quello in cui presta servizio quando ciò sia conciliabile con il pieno e regolare adempimento di ogni altro suo dovere e la sede di servizio sia raggiungibile nel più breve tempo possibile, e comunque, entro un'ora dalla chiamata;
- e) di essere a conoscenza che l'esonero dal turno notturno nasce dall'esigenza di garantire le necessarie cure al familiare portatore di handicap, nonché di poter essere sempre reperibili nelle ore notturne in caso di bisogno od urgenza. Per cui l'assistenza può essere, in concreto, assicurata quando vi sia vicinanza tra le due abitazioni, mentre non appare ipotizzabile un'assistenza notturna nei casi in cui i soggetti interessati vivano in luoghi distanti;
- f) di essere a conoscenza che per lavoro notturno, secondo la definizione contenuta nell'art. 2, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 26.11.1999 nr. 532 deve intendersi "l'attività svolta nel corso di un periodo di almeno sette ore consecutive comprendenti l'intervallo fra la mezzanotte e le cinque del mattino (22.00-05.00; 23.00-06.00; 24.00-07.00); mentre l'esonero dal turno notturno è relativo ai servizi articolati in turni continuativi che coincidono con la fascia oraria del quadrante giornaliero corrispondente a quello notturno (01.00/07.00 ovvero 00.00/07.00);
- g) di prestare realmente assistenza nei confronti della persona in situazione di handicap per il quale è chiesto l'esonero dal turno notturno e di essere consapevole che le agevolazioni in argomento sono uno strumento di assistenza al disabile e che, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- h) 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;
- i) di essere a conoscenza dell'obbligo di dare immediata comunicazione al proprio ufficio di appartenenza di ogni variazione rispetto a quanto sopra dichiarato e documentato e di dover interrompere immediatamente la fruizione dell'esonero dal turno notturno nel caso in cui dovessero venir meno i presupposti di legge;
- j) di autorizzare il trattamento dei dati personali oggetto della richiesta esonero dal lavoro notturno e di essere a conoscenza che tutti i dati personali raccolti attraverso la compilazione della domanda, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla legge ed il trattamento avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti della Questura di Roma opportunamente incaricati ed istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti;
- k) di essere a conoscenza che l'amministrazione procederà alla verifica periodica o anche a campione delle dichiarazioni sostitutive, secondo le consuete modalità (artt.71 e 72 del d.p.r. 445/2000e succ. int. e mod.) attraverso i propri servizi ispettivi o comunque su disposizioni impartite dall'ufficio preposto alla gestione del personale;
- l) di essere a conoscenza che ove nell'ambito o a seguito degli accertamenti emergessero gli estremi di una responsabilità disciplinare del dipendente, l'Amministrazione 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;
- m) di essere consapevole che, ove nell'ambito o a seguito degli accertamenti non venissero riscontrati i requisiti dichiarati, il beneficio in argomento verrà revocato al dipendente.

Luogo e data..... **Firma del richiedente**.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO DI NOTORIETA'
redatta dalla persona disabile in situazione di gravità
(artt.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a..... nato/a a..... (.....) il.....
 C.F., consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni, di formazione e di uso di atti falsi il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati nel rispetto del D.lgs 196/2003 e s.m.i.

DICHIARO

- **di essere** residente in(.....) vian..... Sc..... Piano.... Int.... dimorante temporaneamente *(da compilare solo nel caso sia diversa dalla residenza anagrafica – si veda mod.O)* in (.....) via..... n..... Sc..... Piano..... Int....., come da registrazione nello schedario della popolazione temporanea nel predetto comune
- **di essere** celibe/nubile coniugato/a unito/a civilmente convivente di fatto vedovo/a coniuge mancante *(allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda)* parte unita civilmente mancante *(allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda)* convivente di fatto mancante *(allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda)*
- **di essere** stato/a riconosciuto/a persona disabile in situazione di handicap ai sensi dell'**art.3 comma della legge 104/92 e s.m.i.**, con verbale rilasciato da in data il cui giudizio è stato ritenuto non rivedibile rivedibile il
- **di voler essere assistito/a, dal familiare** *(ai fini dei benefici della L.104/92)* **da me prescelto**, Sig/ra..... nato/a a..... () il....., coniuge, parte unita civilmente, convivente di fatto, parente/affine di grado..... *(indicare il tipo di parentela/affinità es. padre, suocero, fratello, zio, ecc)* del/la sottoscritto/a, con il/la quale non convivioconvivivo in modo stabile ed effettivo, ai fini del/i seguente/i beneficio/i chiesto/i dal familiare medesimo:
esonero dal lavoro/turno notturno per assistenza a persona disabile con handicap grave, L.25/1999, dal D.P.R. 254/1999 e s.m.i;
- **di** non essere ricoverato a tempo pieno essere ricoverato a tempo pieno. *In caso affermativo occorre indicare la denominazione e l'indirizzo della struttura:*
- **di** non prestare attività lavorativa prestare attività lavorativa presso:
- che nell'ambito degli aventi diritto, nessun altro familiare fruisce dello/gli stesso/i beneficio/i dell'esonero del turno notturno
- che nell'ambito degli aventi diritto altro/i familiare/i Sig/ra..... beneficia/no dei permessi mensili retribuiti dell'esonero dal turno notturno

Altre notizie.....

Luogo e data..... **Firma del dichiarante**.....

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

Dichiarazione del familiare del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute-art.4 D.P.R. 445/2000s.m.i.

Io sottoscritto.....nato ail..... ho prestato la suddetta dichiarazione in qualità di (grado di parentela) del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Luogo e data..... **Firma del familiare**.....

SPAZIO RISERVATO AL PUBBLICO UFFICIALE

Dichiarazione del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute - art.4 D.P.R. 445/2000 s.m.i.

Attesto che la suddetta dichiarazione è stata resa dal/la Sig/ra..... identificato/a a mezzo documento di riconoscimento n. emesso da il..... il/la quale ha altresì dichiarato di essere *(grado di parentela)*.....del **disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.**

Luogo e data..... **Timbro e firma dell'addetto**

Dichiarazione del disabile che non sa o non può firmare- art.4 D.P.R. 445/2000 s.m.i.

Attesto che la suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato/a a mezzo documento di riconoscimento n. emesso da il..... il quale mi ha altresì dichiarato che non sa firmare che non può firmare a causa di un impedimento.

Luogo e data..... **Timbro e firma dell'addetto**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO DI NOTORIETA'
redatta dal tutore/curatore/amministratore di sostegno del disabile in situazione di gravità
 (artt.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a.....nato/a a (....) il.....
 C.F., residente in(....) vian.....Sc..... Piano.... Int....., nella
 sua qualità di tutorecuratore amministratore di sostegnodella persona con handicap Sig/ra

Cognomenome nato il a C.F.....
 come da provvedimento n..... rilasciato da il

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni, di formazione e di uso di atti falsi il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati nel rispetto del D.lgs 196/2003 e s.m.i.

DICHIARO

che la persona con handicapCognomenome nato il.....

- è residente in(....) vian.....Sc..... Piano.... Int....
- è celibe/nubile coniugato/a unito/a civilmente convivente di fatto vedovo/a coniuge mancante (*allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda*) parte unita civilmente mancante (*allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda*) convivente di fatto mancante (*allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda*)
- **è assistito/a dal familiare**(*per l'assistenza ai fini dei benefici della L.104/92*), Sig/ra..... nato/a a..... (....) il....., coniuge, parte unita civilmente, convivente di fatto, parente affine di grado..... (*indicare il tipo di parentela/affinità es. padre, suocero, fratello, zio, ecc*)della persona con handicap, con il/la quale non conviveconvive in modo stabile ed effettivo, **ai fini del/i seguente/i beneficio/i** richiesto dal familiare medesimo:
esonero dal turno notturno per assistenza a persona disabile con handicap grave, L.25/1999, dal D.P.R. 254/1999 e s.m.i;
- è stato/a riconosciuto/a persona disabile in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 c. legge 104/92 e s.m.i., con verbale rilasciato dain data il cui giudizio è stato ritenuto non rivedibile rivedibile il
- non è ricoverato a tempo pieno è ricoverato a tempo pieno. In caso affermativo occorre indicare la denominazione e l'indirizzo della struttura:
- non presta attività lavorativa presta attività lavorativa presso:

Inoltre, dichiaro:

- che nell'ambito degli aventi diritto, nessun altro familiare fruisce dello/gli stesso/i beneficio/i dell'esonero del turno notturno
- che nell'ambito degli aventi diritto altro/i familiare/i Sig/ra..... beneficia/no dei permessi mensili retribuiti dell'esonero dal turno notturno

Luogo e data.....Firma del dichiarante

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

Documentazione allegata:

- 1) copia del decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno;
- 2) altro: