



Direzione Risorse Umane e Organizzazione

Domanda di permessi per l'assistenza ai famigliari in condizione di disabilità

(coniuge, figli maggiorenni, parenti e affini maggiori di 3 anni)

Per ottenere i permessi, oltre a possedere i requisiti di legge, è necessario compilare il modulo in ogni sua parte. Il modulo deve essere presentato alla Direzione Risorse Umane e Organizzazione.

Requisiti del familiare da assistere

Il familiare da assistere devono essere nella condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3, legge 104/1992) o di Grande Invalido di guerra o equiparato.

- La condizione di disabilità grave deve essere accertata dalla competente Commissione ASL o, nell'attesa della decisione, dal medico specialista ASL. La sindrome di Down può essere accertata anche dal medico di base che rilascerà la relativa certificazione su presentazione del "cariotipo". La documentazione, rilasciata dalla Commissione ASL o dal medico di base, deve essere allegata al modulo.
- La condizione di grande invalido di guerra o equiparato può risultare anche dal decreto di concessione rilasciato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, in cui deve essere oscurata la parte relativa alla diagnosi, o dalla copia dell'attestato di pensione.

Le persone da assistere, inoltre, non devono essere ricoverate a tempo pieno.

A chi spetta

Il congedo straordinario spetta ai genitori, anche adottivi o affidatari, al coniuge, parenti entro il terzo grado, per l'assistenza a disabili con handicap grave.

- Se entrambi i lavoratori sono lavoratori dipendenti, i permessi spettano anche alternativamente. Nel caso in cui il genitore richiedente non conviva con il disabile, è necessario dichiarare l'assistenza sistematica ed adeguata al disabile.
- Se il richiedente è il coniuge o altro familiare va dichiarata anche in caso di convivenza un'assistenza sistematica e adeguata al disabile.

Cosa spetta

spettano tre giorni di permesso mensile utilizzabili anche frazionandoli in ore. I permessi non usufruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi. Nel caso in cui il richiedente abbia un rapporto di part-time verticale, le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte. Nel caso in cui il richiedente abbia un rapporto di part-time, le ore di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte.

Per ogni mese completo si deve optare per la fruizione a giornate o a ore; non è possibile la fruizione mista a ore o a giornate all'interno del medesimo mese.

Per i permessi spetta un'indennità corrispondente all'intero ammontare della retribuzione.

I periodi di permesso sono coperti da contribuzione figurativa.

Dati, informazioni e dichiarazioni indispensabili:

- dati anagrafici del richiedente;
- rapporto di parentela, affidamento o affinità con il disabile;
- dati anagrafici del disabile;
- convivenza con il disabile;
- sistematicità ed adeguatezza dell'assistenza;
- rapporto di lavoro in corso;
- non ricovero a tempo pieno;

Documenti da allegare

- Per la disabilità grave deve essere allegata la documentazione rilasciata dalla Commissione ASL (anche in copia dichiarata autentica) o dal medico di base per la sindrome di Down



Direzione Risorse Umane e Organizzazione

- Per i Grandi Invalidi di guerra e equiparati deve essere allegata copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze

Questi documenti sono da allegare solo se non sono già in possesso dell'Università degli Studi di Trento.

Decorrenza/durata/frazionabilità del congedo

Il provvedimento di accoglimento non ha limiti temporali di validità fatta eccezione per i casi di riconoscimento temporaneo della disabilità grave. I permessi possono essere richiesti solo per periodi successivi alla presentazione della domanda.

Comunicazioni di variazioni

È obbligatorio che il richiedente comunichi tempestivamente (entro 30 giorni) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate in questo modulo e in particolare:

- il ricovero a tempo pieno della persona in condizione di handicap grave;
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave;
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso dovrà essere presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza);
- l'utilizzo dei permessi da parte di altri famigliari per lo stesso disabile
- il decesso del disabile.

Incompatibilità

Durante il periodo di fruizione dei permessi, gli altri famigliari non possono usufruire del congedo straordinario (art. 42 comma 5 decreto legislativo 151/2001).



Direzione Risorse Umane e Organizzazione

Spett.le Università degli Studi di Trento
Direzione Risorse Umane e Organizzazione
Via Verdi, 6
38100 Trento

Oggetto: **Domanda di permessi per l'assistenza ai famigliari in condizione di disabilità** (*coniuge, figli maggiorenni, parenti e affini maggiori di 3 anni*)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
dipendente dell'Università degli Studi di Trento dal _____ inquadrato/a nella categoria _____
classe economica _____ in servizio presso _____

Chiede (*barrare solo le caselle interessate*)

- Di usufruire dei giorni di permesso mensili – massimo 3 – spettanti ai parenti di persona in condizione di handicap grave
- o Dal _____ al _____ (indicare il periodo complessivo; le giornate specifiche andranno indicate sulla scheda presenze quindicinale)

oppure

- Di usufruire delle ore di permesso mensili – massimo 18 ore – spettanti ai parenti di persona in condizione di handicap grave
- o Dal _____ al _____ (indicare il periodo complessivo; le giornate specifiche andranno indicate sulla scheda presenze quindicinale)

oppure

- Di usufruire in alternativa delle ore o delle giornate di cui sopra a decorrere dal _____
per assistere il/la sig./sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1 Legge 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____ e
legato al sottoscritto dal rapporto di parentela di _____

Dichiara (*barrare solo le caselle interessate*)

- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave

oppure

- Che gli altri famigliari:

Sig. _____ dipendente presso _____

Sig. _____ dipendente presso _____



Direzione Risorse Umane e Organizzazione

Sig. _____ dipendente presso _____

beneficiano dei permessi per la stessa persona con disabilità grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni mensili/18 ore complessivi (le giornate/ore specifiche fruite dal familiare nel mese di riferimento andranno indicate sulla scheda presenze quindicinale)

- Di assistere con sistematicità e adeguatezza il disabile con il quale convive
oppure
- Di non essere convivente con il disabile, ma di assisterlo con sistematicità e adeguatezza
- Che il disabile non è ricoverato a tempo pieno (*dichiarazione obbligatoria*)
- Di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento (*dichiarazione obbligatoria*)
- Di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, possa subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti (*dichiarazione obbligatoria*)
- Che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false. (*dichiarazione obbligatoria*)

Documentazione allegata (da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi Legge 104/1992)

- o Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
- o Altro (specificare) _____

In caso di adozione/affidamento: Provvedimento di adozione/affidamento n° _____ dd _____ rilasciato dal Tribunale di _____

Data _____

Firma _____