

Prot N. 38267
DEL 23/07/2019

-Al Responsabile Servizio Personale

Sua sede

Oggetto: Richiesta di ammissione ai permessi retribuiti ai sensi dell'art. 33, comma 3, della legge 104/92 e ss.mm.ii. – genitori – coniuge - parenti e affini entro il 1° grado di parentela del portatore di handicap grave con età superiore a 18 anni, ovvero entro il 2° grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap grave abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il sottoscritto Donato DINOIA nato a Matera il 06/07/1964 e residente a Modugno, in corso Vittorio Emanuele II - cod. fisc. DNIDNT64L06F052F dipendente del Comune di Modugno ed in servizio presso il Servizio 10,

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi retribuiti di cui all'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e come modificato dall'art. 24 della Legge n.183/2010 e dal D.Lgs.n. 119/2011, per assistere la S.ra SMALDONE Antonia nata a Matera il 19/07/1946 e residente a Irsina Via Calatafimi n° 6 di stato civile: VEDOVA - in quanto soggetto portatore di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4, c.1, della legge 104/92 e ss.mm.ii. dalla Commissione Medica dell'INPS di Matera in data 27/06/2019, avendo il richiedente, il grado di parentela con il soggetto portatore di handicap grave, di seguito specificato:

- ☐ Coniuge anche convivente (circolare Inps n° 80/1995);
- ☐ Genitore
- ☒ Figlio/Figlia
- ☐ Fratello/sorella
- ☐ Parenti entro il 2° grado (specificare parente) _____

A tal fine, dichiara ai sensi dell'art. 47 – D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e allega alla presente, la seguente documentazione:

- ☒ *copia conforme della certificazione rilasciata dalla Commissione medica permanente della A.S.L. attestante la situazione di gravità dell'handicap, accertata ai sensi del comma 1 dell'art. 4 della L. n. 104/1992;*
- ☒ *che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistenziali);*
- ☐ *che il portatore di handicap è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistenziali), pubblico o privato;*
- ☒ *che il portatore di handicap **non** è impegnato in attività lavorativa (Circolare Inps n. 64/2001);*
- ☐ *che il portatore di handicap è impegnato in attività lavorativa e di svolgere la sua attività presso..... - lavoratore autonomo*
- ☒ *di essere l'unico soggetto a prestare assistenza con continuità ed esclusività al portatore di handicap per le necessità quotidiane, in quanto nel nucleo familiare non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato;*
- ☐ *che pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità, permanente o temporanea;*
- ☒ *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, giusto quanto previsto dalla circolare n. 13/2010 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica- Legge 4 novembre 1010, n.183, art. 24;
- ☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione delle agevolazioni.
- ☒ dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 da parte del disabile in situazione di gravità – ovvero del suo amministratore di sostegno – ovvero del suo tutore legale, attestando la scelta su chi all'interno della famiglia presta assistenza alla sua persona è conforme alle proprie volontà.

Nel caso di fratello o sorella convivente con il portatore di handicap:

- ☐ dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che attesta che i genitori del portatore di handicap sono entrambi deceduti o totalmente invalidi (allegare certificazione dell'invalidità);
- ☐ dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 dalla quale si attesta la rinuncia del beneficio di che trattasi, da parte di altri componenti della famiglia della.

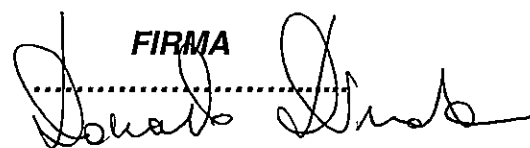
Allega inoltre, alla presente, documento d'identità della persona riconosciuta con handicap grave.

 FIRMA

Modugno, 22/07/2019

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, il richiedente dichiara che le notizie fornite nella presente, rispondono a verità. Inoltre, dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di false dichiarazioni, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

 FIRMA

Modugno, 22/07/2019

N.B. La domanda sarà evasa entro 30 giorni dalla data di ricevimento della presente, come stabilito dalla legge 241/90 – eventuale richiesta di integrazione, interrompe il suddetto termine.

INFORMATIVA
PERMESSI RETRIBUITI AI SENSI DELL'ART. 33 DELLA LEGGE N. 104/1992

REQUISITI PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A FAMILIARI PORTATORI DI HANDICAP

- I giorni ovvero le ore di permesso retribuiti di cui alla legge 104/1992, devono coincidere con i giorni - ovvero le ore dei permessi fruiti dalla persona disabile lavoratore.
Circolare INPS n° 128 del 11/07/2003 paragrafo 6.
 - In caso di ricovero della persona disabile, il lavoratore utilizzatore dei permessi, dovrà trasmettere al servizio gestione giuridica del Personale, dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, attestante il/i ricovero/i avvenuto/i.
 - I permessi possono essere richiesti per l'assistenza a parenti o affini entro il 3° grado o coniuge, che non risultino ricoverati presso alcun istituto (istituto specializzato nel caso si tratti di minore di anni 3) a condizione che sia stato riconosciuto da parte della Commissione di cui all'art. 4 della Legge 104/92 lo stato di gravità dell'handicap (art. 3, comma 3 della stessa legge).
1. **Per l'assistenza a figli minori con handicap fino a 3 anni di età (art. 33 comma 2 e art. 42, comma 1 D.Lgs. 151/2001)**
 - In alternativa al prolungamento del congedo parentale, possono essere fruiti dai genitori, anche non conviventi (compresi adottivi e affidatari) permessi di due ore al giorno (con orario di lavoro giornaliero pari o > a 6 ore, 1 ora in caso contrario)
 2. **Per l'assistenza a figli minori con handicap dai 3 ai 18 anni di età (art. 33, comma 32 e art. 42, comma 2 D.Lgs. 151/2001)**
 - Possono essere fruiti dai genitori, anche non conviventi (compresi adottivi e affidatari) 3 giorni di permesso al mese, frazionabili a ore fino ad un massimo di 18)
 3. **Per l'assistenza a familiari maggiorenni con handicap (art. 33, comma 32 e art. 42, comma 3 D.Lgs. 151/2001)**
 - Per l'assistenza a familiari maggiorenni con handicap (art. 33, comma 32 e art. 42, comma 3 D.Lgs. 151/2001)
 - Possono essere fruiti 3 giorni di permesso al mese, frazionabili a ore fino ad un massimo 18).
 4. **Per richiedenti conviventi i permessi spettano:**
 - Ai genitori (anche se in famiglia sono presenti altri soggetti non lavoratori)
 - Agli altri familiari se viene dimostrata l'impossibilità da parte di altri familiari maggiorenni conviventi non lavoratori/studenti di prestare assistenza.
- Per richiedenti conviventi e non i permessi spettano nel caso sussistano contemporaneamente i requisiti dell'esclusività e continuità dell'assistenza. A tale proposito si richiamano le circolari INPS n. 133/200, - 138/2001 e 128/2003 nelle quali viene precisato che il requisito della continuità (=assistenza quotidiana) non è individuabile nei casi di effettiva lontananza tra le abitazioni di chi presta assistenza e chi la riceve (quantificabile, in termini di tempo, in un tempo superiore ad un'ora). In caso contrario possono essere applicati i criteri indicati nella circolare INPS 138/2001 secondo cui i permessi possono essere concessi solo per i giorni in cui il lavoratore dimostri di aver accompagnato l'handicappato all'effettuazione di visite mediche, accertamenti o simili, se l'effettuazione non è cioè altrimenti assicurabile.
 - Per quanto riguarda l'esclusività il lavoratore richiedente i permessi deve essere l'unico soggetto che presta assistenza al disabile: tale requisito quindi viene meno nel caso siano presenti altri soggetti lavoratori che beneficino dei permessi per lo stesso handicappato, ovvero soggetti non lavoratori in grado di assisterlo.

L'impossibilità da parte del familiare maggiorenne non lavoratore di prestare assistenza si realizza nel caso di:

1. riconoscimento di inabilità al lavoro pari al 100%
2. riconoscimento di infermità superiore a 2/3
3. età superiore a 70 anni in presenza di qualsiasi invalidità comunque riconosciuta
4. grave malattia o infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero (con valutazione del medico legale).

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE SANITARIA
 DONATO
 DINOIA
 06/07/1964
 SSN-MIN SALUTE - S00001
 23/04/2018
 Data di scadenza
 Cognome
 Nome
 Luogo di nascita
 Prov. di nascita
 Data di nascita
 Codice fiscale
 DNDNT64L06F052F Sesso M
 TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI
 REGIONE CALABRIA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE SANITARIA
 DONATO
 DINOIA
 06/07/1964
 SSN-MIN SALUTE - S00001
 23/04/2018
 Data di scadenza
 Cognome
 Nome
 Luogo di nascita
 Prov. di nascita
 Data di nascita
 Codice fiscale
 DNDNT64L06F052F Sesso M

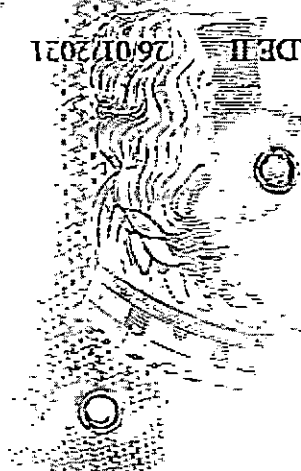
COGNOME
 DINOIA
 NOME
 DONATO
 nato il
 06/07/1964
 Sesso
 M
 a
 MATERA
 (MT)
 Cittadinanza
 ITALIANA
 Residenza
 MODUGNO
 Via
 DR. SQUACIA NICOLA 4
 Stato civile
 S
 Professione
 ARCHITETTO
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 1-75
 Capelli
 CASTANI
 Occhi
 CASTANI
 Segni particolari
 MISCOSSI EURO 5,42 PER DIRITTI

Firma del titolare
 Modugno
 27/01/2011
 Il sindaco
 Impegno assunto dal sindaco
 S. SQUACIA NICOLA



REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI
 MODUGNO
 CARTA D'IDENTITA'
 N° AO9921459
 DI
 DINOIA
 DONATO

SCADENDO 26/01/2021
 AO9921459



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

La sottoscritta SMALDONE Antonia nata a Matera
il 19/07/1946 e residente a Irsina Via Calatafimi n° 6,

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato 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).

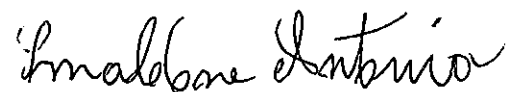
Inoltre, dichiara di essere informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 10 della l. 675/96,

DICHIARA

Che la scelta su chi all'interno della famiglia presta assistenza alla mia persona è:
mio figlio Sig. DINOIA Donato nato a Matera il 06/07/1964, residente a Modugno (BA),
Corso Vittorio Emanuele n. 19

Tale scelta è conforme alle mie proprie volontà.

IN FEDE



Modugno, 22/07/2019



COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP

(Legge del 05 febbraio del 1992 n. 104 - art. 20 comma 1 della Legge 3 agosto 2009 n.102 - art. 18 comma 22 Legge
15 luglio 2011 n. 111)

Tipo verbale: su visita **Data visita:** 27/06/2019 **Data definizione:** 27/06/2019 **Tipo accertamento:** Nuova Domanda
Data domanda: 21/06/2019 **N.Domanda:** 3930820607386 **Tipo domanda:** L.104/92
Cognome: SMALDONE **Nome:** ANTONIA **C.F.:** SMLNTN46L59F052Z
Data di nascita: 19/07/1946 **Luogo di nascita:** MATERA **Stato civile:** Coniugato/a
Residenza: VIA CALATAFINI, 6 - 75022 - IRSINA (MT)
Documento di riconoscimento: CARTA D'IDENTITA' n.: AY1061889 **rilasciato il:** 13/07/2017 **da:** IRSINA
Attività lavorativa: Pensionato

Anamnesi:

OMISSIS

Esame obiettivo:

OMISSIS

Documentazione sanitaria:

OMISSIS

Accertamenti disposti:

OMISSIS

Parere esperto

OMISSIS

Diagnosi:

OMISSIS

Diagnosi Funzionale:

OMISSIS

Diagnosi ICD9:

OMISSIS

Giudizio Conclusivo:

Grado invalidità

Portatore di handicap ai sensi dell'art. 3, comma 1, L.5.2.1992, n.104

REVISIONE: No

Requisiti di cui all'art. 4 del D.L. 9 febbraio 2012 n.5

L'interessato non possiede alcun requisito tra quelli di cui all'art. 4 del D.L. 9 febbraio 2012 n.5

Commissione:

Presidente VENEZIA ANGELO RAFFAELE

Componente NICOLETTI EMANUELE MARIA

Operatore Sociale RIDOLFO DANILA MARIA

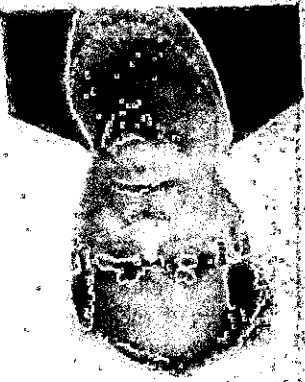
Medico di Categoria SUGLIA GRAZIELLA

Luogo:MATERA (MT)

Data verbale 27/06/2019

Firme autografe sostituite a mezzo stampa ai sensi dell'art.3 comma 2 del D.lgs. n.39 del 1993

VERBALE DEFINITIVO AI SENSI DELL'ART.20 COMMA 1 DELLA LEGGE 3 AGOSTO 2009 N. 102



ANTONIO
19-07-1948
519 1 1948
MATERA (MT)
Città di residenza
IRSINA (MT)
Via CATARINI 6
Stato civile: cel. DIVORZIO
Professione: Coad. agricola
CONVOTI E CONVIASCONI SALTINI

IRISINA
13-07-2017
13-07-2017
13-07-2017
13-07-2017



Segni particolari: **Nessuno**

Occhi: **Castani**

Capelli: **Castani**

Statura: **152**

CONVOTI E CONVIASCONI SALTINI

Professione: **Coad. agricola**

Stato civile: **cel. DIVORZIO**

Via: **CATARINI 6**

Residenza: **IRSINA (MT)**

Città di residenza: **IRSINA (MT)**

Nome: **ANTONIO**

19-07-1948

519 1 1948

MATERA (MT)

Città di residenza

IRSINA (MT)

Via CATARINI 6

Stato civile: cel. DIVORZIO

Professione: Coad. agricola

CONVOTI E CONVIASCONI SALTINI

IRISINA
13-07-2017
13-07-2017
13-07-2017
13-07-2017

IRISINA
13-07-2017
13-07-2017
13-07-2017
13-07-2017



SMALDONE

ANTONIA

19/07/1946

SMLNTN46L59F052Z SSN-MIN SALUTE - 500001

80380001700016155114

27/03/2024

Scadenza : 19-07-2027
Diffid : 5,70

AT 1061889

1975-1976-1977

