

ISTANZA PERMESSI EX ART. 33, COMMA 3, LEGGE N. 104 DEL 1992

(aggiornata al D.lgs. n. 105 del 30 giugno 2022 e ss.mm.ii.)

Al Responsabile del Servizio 6 – Advocatura, Contenzioso e Ufficio Personale

e p.c.

Al Responsabile del Servizio 6 ON. CARLUCCIO CRISTINA

Il/La sottoscritto/a GENCO CARMELO nato/a
a CONVERSANO (BA) il 14/05/1976 dipendente di
codesto Comune, in qualità di ASSISTENTE SOCIALE, in servizio
presso il Servizio 8 - SERVIZI SOCIALI

- ☒ in regime di tempo pieno
☐ part-time (specificare tipologia) _____
☐ altro (specificare) _____

CHIEDE

Di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104 del 1992 per poter assistere:

NOME E COGNOME BUONSANTE FONTE
NATO/A A CASTELLANA GROTTE il 11/03/1945
RESIDENTE IN CONVERSANO - CONTRADA TURRI, 11 (SESSA PEDI)
(se non convivente indicare indirizzo completo del disabile)
CODICE FISCALE BNSFNT45CSAC134D

*Distanza chilometrica tra la residenza del dipendente e quella dell'assistito _____ Km -

*Se superiore a 150 Km, ai sensi dell'art.33, comma 3-bis, della legge n.104 del 1992 il dipendente deve dare prova per ogni permesso richiesto al Settore Personale dell'effettivo raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito con idoneo titolo di viaggio o altra documentazione idonea.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, non conformi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000) e che qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dai benefici (concessione dei permessi retribuiti) eventualmente conseguenti

al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n.445 del 2000),

DICHIARA

(barrare solo le caselle di interesse)

- ☐ Di essere **genitore** del disabile fino a 3 anni *ovvero* con età superiore a 12 anni in situazione di gravità;
- ☐ Di essere **coniuge o unito civilmente** con il disabile in situazione di gravità;
- ☒ Di essere parente/affine entro **il secondo grado** (specificare il rapporto di parentela o affinità con il disabile in situazione di gravità FIGLIA);
- ☐ Di essere parente/affine entro **il terzo grado** (specificare il rapporto di parentela o affinità con il disabile in situazione di gravità _____);

Che il soggetto in situazione di grave disabilità:

- ☒ è in vita;
- ☐ è minore;
- ☐ ha compiuto 65 anni di età;
- ☐ non è coniugato/a *ovvero* unito civilmente;
- ☒ è vedovo/a;
- ☐ è coniugato *ovvero* unito civilmente ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- ☐ è coniugato *ovvero* unito civilmente ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
- ☐ è stato coniugato *ovvero* unito civilmente ma il coniuge è separato legalmente o divorziato;
- ☐ è coniugato *ovvero* unito civilmente ma in situazione di abbandono;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;
- ☒ non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (*eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min Funz Pubblica n. 13/2010 e ss*);

Inoltre, attesta:

- ☒ di essere convivente con il disabile in situazione di gravità;
- ☐ di non essere convivente con il disabile in situazione di gravità;
- ☐ che il disabile non presta attività lavorativa;

- ☐ che il disabile presta attività lavorativa presso _____ e beneficia dei permessi/riposi retribuiti per se stesso con le seguenti modalità _____;
- ☐ di prestare effettivamente attività di assistenza nei confronti della persona disabile per cui è richiesto il beneficio in oggetto;
- 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 sopporta solo per l'effettiva tutela del disabile;
 - di essere consapevole dell'obbligo di comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la variazione o la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

SI ALLEGA

- certificato medico-sanitario attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge n. 104 del 1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza ed emesso dall'autorità competente (ex art. 4, comma 1, legge n.104 del 1992), **ovvero** provvedimento definitivo dell'Autorità Giudiziaria (sentenza o decreto di omologa emessa ai sensi dell'art.445-bis c.p.c.);
- copia del documento di identità in corso di validità dell'assistito;
- copia del documento di identità in corso di validità del dipendente richiedente.

Modugno, 01/09/2025

Il dipendente _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati sopra riportati sono acquisiti e trattati esclusivamente dall'Ufficio Personale competente per la concessione dei permessi richiesti e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D.lgs. n. 196 del 2003 e del Regolamento UE n.679 del 2016 (cd. GDPR), il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione. L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

Modugno, 01/09/2025

Il dipendente _____

Cognome **BUONSANTE**
 Nome **FONTE**
 nato il **11-03-1945**
 (atto n. **88** p. **1** s. **A** 1945)
 a **CASTELLANA GROTTA**
 Cittadinanza **Italiana**
 Residenza **CONVERSANO (BA)**
 Via **CONTRADA TURI 11**
 Stato civile **-----**
 Professione **CASALINGA**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **160**
 Capelli **Biondi**
 Occhi **Castani**
 Segni particolari *****


 Firma del titolare **Buonsante Fonte**
CONVERSANO **26-03-2015**
 In presenza del sindaco **ISTRUZIONE AMM. VP**
Maria Carmela

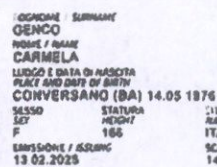

Scadenza **11-03-2026**
 Diritti **5,98**

AT 4814440


REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI CONVERSANO
CARTA D'IDENTITÀ
N° AT 4814440
BUONSANTE FONTE

COMUNE DI MODUGNO - c. f262 - REG_PROT - 0042744 - Interno - 01/09/2025 - 08:56 - RISERVATO



CITTA' DI MANZARA
RATONMITY
ITA
SCADENZA / EXPIRY
14.05.2034

IT

644422

CODICE FISCAL
 FISCAL CODE
 GNCCML76E54C975X
 INDIRIZZO DI RESIDENZA / ADDRESS
 CONTRADA TURI, N.

ESTIMARE ATTO DI NASCITA
271 pl 6A-1978 072019



C<ITACA94664UU3<<<<<<<<<<<<
7605149F3405145ITA<<<<<<<<<<2
GENCO<<CARMELA<<<<<<<<<<<<<

ASL

COMMISSIONE INVALIDI CIVILI MONOPOLI
VIA PISONIO, 24/26 70043
MONOPOLI - BA - PUGLIA

COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL' HANDICAP
(Legge del 5 febbraio del 1992 n. 104 - Legge 3 agosto 2009 n. 102 art. 20)

Data visita: 30/6/2025 **Data definizione:** 30/6/2025 **Tipo accertamento:** Ambulatoriale / aggravamento
Data domanda: 27/5/2025 **N. Domanda:** 9014000967713 **Tipo domanda:** L.104/92
BUONSANTE FONTE C.F.: BNSFNT45C51C134D
Data di nascita: 11/3/1945 **Luogo di nascita:** CASTELLANA GROTTA (BA) **Stato civile:** Vedovo/a
Residenza: CONTRADA TURI, 11 70014 CONVERSANO (BA)
Documento di riconoscimento: Carta di Identita' AY3955387 7/7/2017 Comune di CONVERSANO
Attività lavorativa: Pensionato

Dati anamnestici: Decadimento neuro cognitivo degenerativo tipo Alzheimer di grado lieve-moderato in sogg. con sindrome ansioso depressivo, gonartrosi bilaterale, vertigini, lipotimie.

Esame obiettivo: Peso kg 67 altezza cm 153 . Discrete condizioni generali, orientata nel T/S, collaborante riferiti deficit mnesici, demambulazione a piccoli passi con deambulatore .incontinenza.

Accertamenti disposti:

Documentazione acquisita: Già invalida 2024 80%, visita geriatrica 14/3/25, visita ortopedica del 13/2/25, visita neurologica del 21/3/25

Parere dell'esperto: Vedova , vive con una figlia in casa di proprietà ,al primo piano senza ascensore

Diagnosi:

Decadimento neurocognitive degenerativo tipo Alzheimer di grado lieve moderato,S. ansioso depressiva .
Portatrice di artroprotesi ginocchio sin in gonartrosi bil.Insuff venosa aa.ii. Gonartrosi bil. Osteoartrsi polidistrettuale . Cardiopatia. Osteopenia.

Codice ICD9

428
71856
71858
2900

Diagnosi funzionale:

Al sensi dell'art. 4 della legge 05 febbraio 1992 n.104, la Commissione Medica riconosce l'interessato:
PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' (COMMA 3 ART.3)

L'interessato:

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

REVISIONE: NO

Compiti amministrativi di segreteria assolti da GIOVANNI LONIGRO

Presidente: MARIA ANTONIETTA MALERBA

Componente: FRANCESCO VINO

Esperto: ANNA ROSA MELILLO

Operatore Sociale: ANGELA MADIO

Componente: PAOLO MARCUCCIO

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

UOC/UOS TERRITORIALE INPS 0900 - CML di BARI

DATA 25/7/2025, RESPONSABILE UOC/UOS O SUO DELEGATO : SERENA CORRADI

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