

**DOMANDA DI PERMESSI PER LAVORATORI  
IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVE**

<b><i>RICHIEDENTE</i></b>		
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		GIORNO/MESE/ANNO
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV	CODICE FISCALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO (Via, Piazza, N.Civico, Frazione, ecc)	COMUNE DI RESIDENZA	PROV
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAP	N. TELEFONICO (con prefisso)	CELLULARE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL		
<input type="text"/>		

***CHIEDO***

- di usufruire delle ore di permesso giornaliera (articolo 33 comma 6 legge 104/1992)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- di usufruire dei giorni di permesso mensile (articolo 33 comma 6 legge 104/1992)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

***DICHIARO***

- di svolgere attività lavorativa a tempo pieno in qualità di \_\_\_\_\_  
➤ di svolgere l'attività lavorativa a part-time

● orizzontale ● verticale: numero giorni lavorativi \_\_\_\_\_ ● n. giorni di lavoro effettivi \_\_\_\_\_

- di svolgere un orario giornaliero di lavoro pari a ore \_\_\_\_\_

- di essere in condizione di disabilità grave (art. 4 comma 1 legge 104/1992) accertata dalla commissione ASL \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.

**consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste**

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

**Dati e dichiarazione del tutore/curatore/amministratore di sostegno**

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV	GIORNO/MESE/ANNO CODICE FISCALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO (Via, Piazza, N.Civico, Frazione, ecc)	COMUNE DI RESIDENZA	PROV
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAP	N. TELEFONICO (con prefisso)	CELLULARE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL		
<input type="text"/>		

**Documentazione allegata** ( da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex 104/92)

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
- Copia del decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno
- Altro (indicare) \_\_\_\_\_

<b>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE</b> ( non necessaria per le persone con sindrome di Down)
Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.
Data _____
<b>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE</b> ( non necessaria per le persone con sindrome di Down)
Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.
Data _____

<p align="center"><b>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE</b> ( non necessaria per le persone con sindrome di Down)</p> <p>Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.</p> <p>Data _____</p>
<p align="center"><b>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE</b> ( non necessaria per le persone con sindrome di Down)</p> <p>Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.</p> <p>Data _____</p>
<p align="center"><b>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE</b> ( non necessaria per le persone con sindrome di Down)</p> <p>Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.</p> <p>Data _____</p>
<p align="center"><b>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE</b> ( non necessaria per le persone con sindrome di Down)</p> <p>Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.</p> <p>Data _____</p>
<p align="center"><b>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE</b> ( non necessaria per le persone con sindrome di Down)</p> <p>Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.</p> <p>Data _____</p>
<p align="center"><b>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE</b> ( non necessaria per le persone con sindrome di Down)</p> <p>Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.</p> <p>Data _____</p>
<p align="center"><b>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE</b> ( non necessaria per le persone con sindrome di Down)</p> <p>Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.</p> <p>Data _____</p>