



PROVINCIA DI LIVORNO

CIRCOLARE N. 1/2011

Ai Dirigenti
Ai dipendenti

Oggetto: permessi di cui all'art. 33 comma 3 della L.104/92.

Alla luce delle modifiche intercorse a seguito dell'approvazione del D.Lgs n.119 del 2011 in materia di permessi e congedi relativi all'assistenza a soggetti portatori di handicap si rende necessaria una ricognizione sugli aspetti più rilevanti che caratterizzano questi istituti. In particolare questa Circolare specifica le condizioni necessarie per fruire dei 3 giorni di permesso retribuito di cui all'art. 33 comma 3 della L.104/92, fornendo inoltre i fac-simili di domanda che dovranno essere utilizzati per richiedere i suddetti permessi.

SOGGETTI AVENTI DIRITTO

I lavoratori legittimati a fruire del permesso retribuito di 3 giorni mensili sono:

- il dipendente in situazione di disabilità grave;
- il dipendente per assistere un familiare in situazione di disabilità grave, ed in particolare:
 - il coniuge
 - parente o affine entro il secondo grado (parenti di 1°: genitori, figli - parenti di 2°: nonni, nipoti in quanto figli del figlio, fratelli - affini di 1°: suoceri, nuora, genero - affini di 2°: cognati)
 - parente o affine entro il terzo grado (parenti di 3°: zii, bisnonni, nipoti in quanto figli di fratelli o sorelle - affini di 3°: zii e nipoti acquisiti) qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti
- il dipendente genitore che assiste il figlio con disabilità grave; in caso di figli di età inferiore ai 3 anni i permessi sono alterativi al prolungamento del congedo parentale e alle 2 ore di permesso giornaliero previsti rispettivamente all'art.33 e all'art. 42 comma 1 del D.Lgs 26 marzo 2001 n.151.

Il diritto a fruire dei permessi non può essere riconosciuto a più di un lavoratore per assistere la stessa persona con handicap. Per l'assistenza allo stesso figlio con handicap il diritto è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente, fermo restando il limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra i due genitori.

Il dipendente ha diritto di prestare assistenza nei confronti di più persone in situazione di handicap grave, a condizione che si tratti del coniuge o di un parente o affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora i genitori o il coniuge della persona da assistere abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Per quanto riguarda la casistica delle “patologie invalidanti” si fa riferimento a quelle di cui all’art. 2 comma 1 lett. d) del Decreto interministeriale n. 278 del 21 luglio 2000 (*Regolamento recante disposizioni di attuazione dell’articolo 4 della L.8 marzo 2000, n. 53, concernente congedi per eventi e cause particolari*). La sussistenza delle patologie invalidanti devono essere adeguatamente documentate tramite certificazione medica.

MODALITA’ DI FRUIZIONE DEI PERMESSI

Nell’arco del mese **il dipendente in situazione di disabilità grave** può fruire alternativamente di:

- 2 ore di permesso al giorno per ciascun giorno lavorativo del mese;
- 3 giorni interi di permesso;
- 18 ore da ripartire nelle giornate lavorative secondo le esigenze personali, frazionabili e fruibili per un tempo pari o superiore ad un’ora.

Il dipendente che assiste un familiare in situazione di disabilità grave ha la possibilità di fruire alternativamente:

- 3 giorni interi di permesso al mese;
- 18 ore da ripartire nelle giornate lavorative secondo le esigenze personali, frazionabili e fruibili per un tempo pari o superiore ad un’ora.

Ai dipendenti in regime di tempo parziale i permessi in argomento, se fruiti nella modalità oraria, spettano in misura corrispondente alla percentuale di riduzione dell’orario di lavoro nel caso di part-time orizzontale, mentre nel caso di part-time verticale spettano per intero (18 ore mensili). Per quanto riguarda, invece, i permessi fruiti nella modalità giornaliera, gli stessi spettano per intero (3 giorni) ai dipendenti con orario di lavoro a tempo parziale di tipo orizzontale, mentre vengono ridotti proporzionalmente all’orario osservato ai dipendenti con orario di lavoro a tempo parziale di tipo verticale.

Per l’assistenza allo stesso figlio con handicap il diritto è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente.

Il lavoratore che usufruisce dei permessi per assistere una persona con handicap grave che risiede a più di 150 km di distanza deve attestare, con un titolo di viaggio o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell’assistito.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

La condizione prioritaria ed essenziale per accedere ai permessi retribuiti è che il disabile sia in possesso della **certificazione di disabilità con connotazione di gravità**, (art. 3 comma 3 della L. 104/1992).

Non basta quindi la certificazione di handicap, ma è necessario che la Commissione abbia accertato la gravità. Il certificato di handicap viene rilasciato da un’apposita Commissione operante presso ogni Azienda USL e non va confuso con l’attestazione di invalidità (sia civile, che di servizio, del lavoro o di guerra). Il certificato di handicap, quindi, non può essere sostituito da eventuali certificati di invalidità, anche se questi attestano l’invalidità totale.

Qualora la Commissione medica non si pronunci entro 90 giorni dalla presentazione della domanda, l’accertamento può essere effettuato provvisoriamente dal medico, in servizio presso l’Azienda USL che assiste il disabile, specialista nella patologia dalla quale è affetta la persona handicappata.

Le persone con sindrome di Down possano essere dichiarate in situazione di gravità, oltre che dalle Commissioni dell’Azienda USL, anche dal proprio medico

di famiglia o dal pediatra, previa richiesta corredata da presentazione del “cariotipo”, cioè di quell’esame che descrive l’assetto cromosomico di una persona.

Un’ultima eccezione riguarda i grandi invalidi di guerra. Costoro vengono considerati “in automatico” persone con handicap con connotazione di gravità.

In caso di patologia invalidante del genitore o del coniuge della persona con handicap grave anche questa dovrà naturalmente essere attestata da idonea certificazione.

ASSENZA DI RICOVERO

Requisito essenziale per la concessione dei permessi in oggetto è **l’assenza del ricovero a tempo pieno** della persona con disabilità grave, per ciò intendendosi il ricovero per le intere 24 ore presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa.

I permessi possono invece essere concessi nei seguenti casi:

- ❖ interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie,
- ❖ ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale,
- ❖ ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di disabilità grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o un familiare.

La ricorrenza delle situazioni eccezionali di cui sopra dovrà naturalmente risultare da idonea documentazione medica.

Nel caso in cui l’Amministrazione accerti l’insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei permessi di cui alla presente circolare il dipendente decade dai relativi diritti, ferma restando l’eventuale responsabilità disciplinare.

Si allega alla presente circolare i fac-simile di domanda per richiedere i permessi per assistenza ad un familiare disabile (All. n.1), per il dipendente disabile (All. n. 2), per il genitore che assiste il figlio disabile (All. n. 3).

Livorno,

A Provincia di Livorno
 Dirigente U.S. Segretariato Generale

E, p.c. Dirigente U.S.

Oggetto: **Richiesta di permessi per assistenza ad un familiare disabile (Legge 104/1992 Art. 33, comma 3)**

Il/la sottoscritto/a _____ dipendente di ruolo di cat. _____ di codesta Amministrazione Provinciale in servizio presso _____ chiede di usufruire dei benefici di cui all'art.33, comma 3 della L.104/1992 e succ. mod. al fine di assistere il proprio familiare a cui è stata accertato dall'apposita commissione INPS lo stato di handicap grave.

A tal fine rende, consapevole delle responsabilità previste dalla Legge in caso di falsità di atti o dichiarazioni mandaci e della possibilità che l'Ente sottoponga a verifica le stesse, rende l'allegata dichiarazione.

ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 445/2000

I sottoscritt _____, nat _____ a _____
il _____ residente a _____
via _____
n° _____ cap. n. _____, dipendente della Provincia di Livorno in servizio presso _____

P R E M E S S O C H E

Ha chiesto di usufruire dei permessi retribuiti mensili, ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92 e succ. modificazioni e integrazioni, per potere assistere il familiare Sig. _____ nat _____ a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ n. _____ già riconosciuto portatore di handicap grave, come da verbale della Commissione Medica INPS di _____ (o della Azienda U.S.L. per certificazioni antecedenti l'1.1.2010) per l'accertamento dell'handicap, che allega alla presente istanza;

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

D I C H I A R A

- ☐ che il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso istituti di cura ed assistenza, salvo le eccezioni previste dalla normativa*;
- ☐ che la distanza tra la propria abitazione e quella della persona da assistere è pari o inferiore a 150 Km, impegnandosi in caso di maggiore distanza a attestare con titolo di viaggio o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.
- ☐ che il richiedente è nella seguente relazione di parentela con la persona da assistere :..... (parente o affine entro il secondo grado),

oppure
- ☐ che il richiedente è nella seguente relazione di parentela con la persona da assistere :..... (parente o affine entro il terzo grado) e che la persona da assistere,
 - non è coniugato;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante (di cui all'art.2, comma 1 lett. d) del D.I: n.278 del 21/07/2000);
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato 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 (di cui all'art.2, comma 1 lett. d) del D.I: n.278 del 21/07/2000);
- che non vi sono altri familiari maggiorenni lavoratori dipendenti, parenti ed affini sino al secondo grado di parentela, o fino al terzo nei casi sopra esposti, che fruiscono dei permessi di cui alla legge 104/92 per assistere lo stesso soggetto. **Nel caso il disabile abbia parenti rientranti nei gradi di parentela sopra indicati e rilevanti ai fini della L. 104/92, vanno indicate le generalità degli stessi e l'azienda o ente dove eventualmente prestano attività lavorativa,**
- oppure*
- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori.

***Le ipotesi che fanno eccezione** a tale presupposto, ai sensi di legge, sono:

-interruzione del ricovero a tempo pieno per necessità del disabile in situazione di gravità di recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie appositamente certificate (ipotesi prevista dal messaggio n.14480 del 28 maggio 2010);

-ricovero a tempo pieno di un disabile in situazione di gravità in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine;

-ricovero a tempo pieno di un **minore** con disabilità in situazione di gravità per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare, ipotesi già prevista per i bambini fino a tre anni di età (circolare n. 90 del 23 maggio 2007);

Il sottoscritto rende la seguente dichiarazione di responsabilità, ai sensi di legge, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono notizie false e che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni stesse, dichiarando che:

- le notizie fornite corrispondono a verità ;
- presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- è 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;
- è consapevole che la possibilità di usufruire 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.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Si allega

- ❑ copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- ❑ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- ❑ dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
- ❑ nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
- ❑ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
- ❑ nel caso il disabile abbia parenti ed affini sino al secondo grado di parentela, o fino al terzo nei casi sopra esposti, rilevanti ai fini della L. 104/92, elenco della generalità degli stessi ed indicazione dell'azienda o ente dove eventualmente prestano attività lavorativa.
- ❑ in caso di adozione nazionale copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente o in caso di adozione internazionale certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano.

Data**Firma del dipendente**

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt..... nato/a a
ilresidente in..... prov.
via/piazza..... cap..... consapevole
delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per
dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente digrado del richiedente in quanto.....;
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nato ail.....CF.....eresidente a

Si allega copia del documento di riconoscimento n..... rilasciato da.....
il.....

Data

Firma

Livorno,

A Provincia di Livorno
 Dirigente U.S. Segretariato Generale

E, p.c. Dirigente U.S.

Oggetto: **Richiesta di permessi per dipendente disabile (Legge 104/1992 Art. 33, comma 3)**

I sottoscritt_____ , nat_____ a
_____ il _____ residente a
_____ via _____
n° _____ cap. n. _____, dipendente della Provincia di Livorno in servizio
presso _____
chiede di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA CHE

- necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità);
- è 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 per l'effettiva tutela dei disabili.

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992;

ovvero

- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto richiedente, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) e 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena possibile).

Data

Firma del dipendente

Livorno,

A Provincia di Livorno
 Dirigente U.S. Segretariato Generale

E p.c. Dirigente U.S.

Oggetto: richiesta benefici per assistenza ad un figlio disabile (art. 33 comma 3 Legge 104/92).

Il /La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____ residente
a _____ via _____
n° _____ cap. _____, dipendente a tempo indeterminato della
Provincia di Livorno in servizio presso _____
chiede di usufruire dei benefici di cui all'art.33, comma 3 della L.104/1992 e
succ. mod., per potere assistere la figlia/ il figlio minorenni
_____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____
Via _____ n. _____ riconosciuto portatore
di handicap grave, come da verbale della Commissione Medica INPS di
_____ (o della Azienda U.S.L. per certificazioni antecedenti
l'1.1.2010) per l'accertamento dell' handicap, che allega alla presente istanza.

Il/La sottoscritt__ si impegna a comunicare all'Ente eventuali modifiche inerenti
l'utilizzo dei permessi e benefici sopra descritti.

**Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle
sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R., per le ipotesi di
falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità e del
diritto dell'Amministrazione di sottoporre a verifica le suddette
dichiarazioni:**

D I C H I A R A C H E

- Il figlio/La figlia/il figlio non è ricoverata/o a tempo pieno presso istituti di
cura ed assistenza,(sono salve le eccezioni previste dalla normativa)*;
- In caso di minore di età inferiore ai tre anni, il sottoscritto dichiara altresì
che la fruizione dei permessi in oggetto è alternativa alle misure di cui
all'art.33 del D.Lgs 26 marzo 2001 n.151 (prolungamento del congedo
parentale) e all'art. 44,comma 1, del D.Lgs 26 marzo 2001 n.151 (2 ore di
permesso giornaliero);
- L'altro genitore sig./ra _____ nato/a
a _____ il ____/____/____ è lavoratore dipendente
presso _____
Indirizzo _____

☐ usufruisce dei permessi L.104/92 alternativamente al sottoscritto.

☐ non usufruisce dei permessi L.104/92.

☐ svolge lavoro autonomo.

☐ non svolge attività lavorativa.

***Le ipotesi che fanno eccezione** a tale presupposto, ai sensi di legge, sono:

-interruzione del ricovero a tempo pieno per necessità del disabile in situazione di gravità di recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie appositamente certificate (ipotesi prevista dal messaggio n.14480 del 28 maggio 2010);

-ricovero a tempo pieno di un disabile in situazione di gravità in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine;

-ricovero a tempo pieno di un **minore** con disabilità in situazione di gravità per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare, ipotesi già prevista per i bambini fino a tre anni di età (circolare n. 90 del 23 maggio 2007);

Il sottoscritto rende la seguente dichiarazione di responsabilità, ai sensi di legge, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono notizie false e che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni stesse, dichiarando che:

- le notizie fornite corrispondono a verità ;
- presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- è 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;
- è consapevole che la possibilità di usufruire 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.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Si allega

- ☐ copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- ☐ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)

Data _____

firma _____
