

**Al Direttore Generale  
A.O. CITTA' DELLA SALUTE E  
DELLA SCIENZA DI TORINO  
P.O. CTO – MADELAIDE**

**DOMANDA DI PERMESSI ex Legge 104/92**

**CONIUGE, PARENTE O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PORTATORI DI HANDICAP  
ai sensi della Legge 183/2010**

Il/la sottoscritto/a .....  
residente in .....  
domiciliato in .....  
Tel. Esterno ..... Tel. Interno ..... Email .....

**CHIEDE**  
**in qualità di referente unico così come previsto dalla Legge 183/2010**

**LA FRUIZIONE DEI PERMESSI MENSILI**

**PER PRESTARE ASSISTENZA A**

**DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE**

**COGNOME**

**NOME**

**DATA DI NASCITA**

**LUOGO DI NASCITA**

**RESIDENZA**

**DOMICILIO**

X Parente o affine entro il 3° grado ( specificare rapporto di parentela o affinità, esempio: nipote, coniuge, ecc) \_\_\_\_\_

Convivente con il/la richiedente

Non convivente con il/la richiedente

Non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati (eccetto casi previsti dalla norma)

Non svolge attività lavorativa

Dipendente presso .....

Svolge attività lavorativa come lavoratore autonomo/libero professionista/altro.

**COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA CON HANDICAP**

| COGNOME E NOME | DATA NASCITA | RAP. PARENTELA | PROFESSIONE |
|----------------|--------------|----------------|-------------|
|                |              |                |             |
|                |              |                |             |
|                |              |                |             |
|                |              |                |             |
|                |              |                |             |
|                |              |                |             |
|                |              |                |             |

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

X Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL/INPS attestante lo stato di gravità dell'handicap, o, per i portatori di sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del cariotipo)

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

Il/la sottoscritto/a si impegna a presentare, qualora non in possesso, il certificato definitivo della Commissione ASL/INPS e di comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie fornite o delle situazioni autocertificate, in particolare l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL/INPS, e la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D Lgs 196/2003  
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

I dati sopra riportati sono previsti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento amministrativo per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.

Acquisita l'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione nel rispetto della succitata normativa. Inoltre, dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, può subire una condanna penale e decadere degli eventuali benefici ottenuti.

Data, .....

Firma .....