

Al **Ministero dell'Interno**
Dipartimento dei vigili del Fuoco
del soccorso pubblico e della difesa civile

Il sottoscritto.....
nato il..... a.....
residente a.....
in servizio presso.....
sede.....(provincia).....dal

Considerato con il separato mod. B ha chiesto di essere trasferito presso le sedi di seguito indicate secondo l'ordine di preferenza:

1.
2.
3.

e di poter usufruire dei benefici connessi alla legge n.104/1992 dichiara quanto segue:

(barrare solo le voci che interessano)

di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 21 della L.104/1992

Per ottenere i benefici previsti dall'art. 21 della legge 104/1992 deve sussistere ed essere documentato:

verbale rilasciato dalla competente Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi dell'art. 21 della legge 104/92 del dipendente riconosciuto "persona handicappata con un grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazione iscritte alle categorie: prima, seconda e terza della tabella A annessa alla legge 10 agosto 1959, n. 648"

di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 33 della L.104/1992

Per ottenere i benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 deve sussistere ed essere documentato:

- 1) verbale rilasciato dalla Commissione di cui all'art. 4 legge 104/1992 (quattro medici ed un operatore sociale), attestante lo stato di handicap **grave** della persona malata
- 2) lo stato di assistenza continuativa in atto;
- 3) assenza di altri familiari del malato che attualmente fruiscono dei benefici della legge 104/1992 per l'assistenza al disabile.

A tal fine dichiara:

- Ha, in passato, già usufruito dei benefici della L.104/92 (permessi e/o trasferimenti)

SI

NO

Se SI specificare i dati anagrafici e la residenza del congiunto al quale si è in passato fornita assistenza e il rapporto di parentela o affinità con il richiedente

- Ha, nel proprio nucleo familiare parenti/affini dipendenti del CNVVF che usufruiscono o in passato abbiano usufruito o richiesto i benefici della L. 104/92

SI

NO

Se SI specificarne i dati anagrafici ed indicare il congiunto assistito.....

- Ha, nel proprio nucleo familiare parenti/affini dipendenti pubblici o privati che usufruiscono o in passato abbiano usufruito o richiesto i benefici della L. 104/92

SI

NO

Se SI specificarne i dati anagrafici ed indicare il congiunto assistito.....

QUADRO B DATI DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROVINCIA	CODICE FISCALE
DATI DI RESIDENZA		
INDIRIZZO (Via, Piazza, n. civico, frazione ecc.)	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.

GRADO DI PARENTELA CON IL DIPENDENTE RICHIEDENTE

- Figlio/a biologico/a
- Figlio/a adottato/a affidato/a: data provvedimento di adozione/affidamento.....
- Se trattasi di figlio/a di genitori separati o divorziati specificare anche le modalità di affidamento (es. affidamento congiunto, affidamento al padre o alla madre).....
- Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità:es. nipote, coniuge..)

condizione di handicap grave, art.3, comma 3, legge 104/1992

accertata dalla ASL di in data

rivedibile NO SI in data.....

- non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati
- Il portatore di grave handicap è impegnato in attività lavorativa SI NO
- Se **SI** specificare se trattasi di lavoro autonomo o dipendente, in tal caso indicare la Ditta o Ente o Pubblica Amministrazione
- con la qualifica di
- svolge la suddetta attività secondo il seguente orario
- è beneficiario/a dei permessi previsti dalla legge 104/92 SI NO

- Il portatore di grave handicap ha, nel suo nucleo familiare, i seguenti parenti o affini entro il terzo grado legati da un vincolo di parentela o affinità maggiore o uguale a quello del richiedente

Sig./Sig.ra.....

- L'invalido non è titolare di assegno di pensione o di accompagnamento
- L'invalido è titolare di assegno di pensione o di accompagnamento riscossi da
- L'invalido non necessita di essere accompagnato per effettuare terapie o visite mediche
- L'invalido necessita di essere accompagnato per effettuare terapie o visite mediche ed abitualmente provvede a ciò il Sig./Sig.ra.....

QUADRO C COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA DEL DIPENDENTE RICHIEDENTE

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

QUADRO D COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA ORIGINARIA DEL PORTATORE DI HANDICAP

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

QUADRO E ELENCAZIONE DEI MOTIVI OSTATIVI ALLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA DA PARTE DEGLI ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DEL PORTATORE DI HANDICAP

Cognome e Nome	Motivi

QUADRO F**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap;<input type="checkbox"/> Autocertificazione dell'interessato, resa ai sensi della L. 445/2000, dove il medesimo dichiara di prestare assistenza al portatore di handicap in maniera continuativa ed esclusiva (indicare anche il periodo in cui si è iniziato a prestare l'assistenza)<input type="checkbox"/> Se trattasi di assistenza prestata a figlio/a di genitori separati o divorziati allegare anche copia della sentenza di omologazione della separazione personale o di divorzio dove vengano esplicitate le modalità di affidamento dei figli (es. affidamento congiunto, affidamento esclusivo al padre o alla madre)<input type="checkbox"/> Autocertificazioni (o dichiarazioni sostitutive di atto notorio) rese ai sensi della L. 445/2000, dai parenti o affini entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. nipote, coniuge, cognato) nelle quali si dichiara l'impossibilità di prestare assistenza al portatore di handicap <u>con l'indicazione specifica e dettagliata dei motivi ostativi</u><input type="checkbox"/> Certificato storico anagrafico (o dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa ai sensi della L. 445/2000) del nucleo familiare originario del portatore di handicap<input type="checkbox"/> Altro (specificare)..... |
|--|

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false e mendaci, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità.

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata decade dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione e incorre nelle prescritte conseguenze penali e disciplinari.

Il sottoscritto **si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente qualunque variazione delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:**

- l'eventuale decesso del portatore di handicap ovvero l'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL
- la guarigione del malato o comunque un miglioramento delle condizioni fisiche che non rende più necessaria l'assistenza
- la fruizione di permessi e/o trasferimento, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari (parenti o affini entro il 3° grado)
- qualunque modifica della situazione familiare che comporti la possibilità, in luogo dell'originaria impossibilità dichiarata, di prestare assistenza da parte di un parente o affine entro il 3° grado (es. la presenza nel nucleo familiare dell'invalido di un figlio minorenni successivamente divenuto maggiorenne; il rientro, presso il comune di residenza del portatore di handicap, di un familiare che al momento dell'istanza lavorava in sede lontana)

Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente l'istanza: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) alla comunicazione e al trattamento dei propri dati personali e sensibili a soggetti terzi rispetto l'Amministrazione di appartenenza esclusivamente per finalità connesse allo svolgimento dell'istruttoria o ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni rese; 3) alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Data

Firma