

DICHIARAZIONE PERIODICA DI CONFERMA DEI REQUISITI
Permessi di cui all'art. 33, commi 3 o 6, L. 104/1992

Il presente modello è utilizzato esclusivamente da chi ha già ottenuto dall'Istituto il riconoscimento del diritto e, nell'ambito della ricognizione periodica interna, conferma la permanenza dei presupposti. La richiesta di conferma ha finalità organizzativa e di verifica amministrativa; non costituisce un adempimento annuale imposto direttamente dalla L. 104/1992 né introduce un termine decadenziale dal diritto. Non è necessario riprodurre documentazione sanitaria già agli atti e ancora valida; devono essere trasmessi soltanto eventuali nuovi verbali, revisioni o documenti relativi a variazioni rilevanti.

1. DATI DEL/DELLA DICHIARANTE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/_____
in servizio in qualità di _____ contratto: ☐ T.I. ☐ T.D. fino al
____/____/_____
☐ tempo pieno ☐ part-time: ☐ orizzontale ☐ verticale ☐ misto – n. ____ ore
avendo già presentato la documentazione per il riconoscimento del beneficio nell'a.s. ____/____

2. TITOLO DEL BENEFICIO GIÀ RICONOSCIUTO

- ☐ FRUIZIONE PER SÉ – art. 33, comma 6, L. 104/1992.
☐ ASSISTENZA A TERZI – art. 33, comma 3, L. 104/1992, nei confronti di:

Cognome e nome	Codice fiscale	Rapporto con il/la dichiarante

3. CONFERMA DEI PRESUPPOSTI

- ☐ La situazione sanitaria rilevante ai fini del beneficio permane e il relativo titolo è tuttora valido / efficace.
- ☐ Non sono intervenute variazioni nel rapporto con la persona assistita o nelle altre condizioni che fondano il diritto.
- ☐ In caso di assistenza a terzi, la persona assistita non è ricoverata a tempo pieno in struttura che assicura assistenza sanitaria continuativa, salvo eventuale ipotesi eccezionale già documentata o qui allegata.
- ☐ Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione idonea a incidere sul diritto o sulle modalità di fruizione.
- ☐ Non sono intervenute variazioni nella tipologia o nell'articolazione del rapporto di lavoro rilevanti ai fini della misura del beneficio; in caso contrario utilizzo il modello di aggiornamento dei presupposti.

4. ALTRI AVENTI DIRITTO – SOLO PER ASSISTENZA A TERZI

- ☐ La situazione relativa agli eventuali altri aventi diritto è invariata rispetto a quanto già comunicato all'Amministrazione.

☐ Sono intervenute variazioni relative agli altri aventi diritto e le comunico di seguito / mediante allegata dichiarazione:

Variazioni da comunicare:

5. EVENTUALI VARIAZIONI / DOCUMENTAZIONE

☐ Non vi sono variazioni da segnalare e non allego nuovamente il verbale già agli atti e in corso di validità.

☐ Allego / trasmetto nuova documentazione per la seguente variazione:

☐ Il verbale è soggetto a revisione/scadenza in data ____/____/____.

6. DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

La presente dichiarazione è resa, per i fatti e gli stati autocertificabili, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000. Il/La dichiarante è consapevole dei controlli previsti dall'art. 71 e delle conseguenze di cui agli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R., nonché della decadenza di cui all'art. 33, comma 7-bis, L. 104/1992 in caso di insussistenza o venir meno dei presupposti.

La conferma periodica non sostituisce la programmazione mensile né le singole richieste di assenza: le giornate/ore effettivamente fruite devono essere richieste tramite Argo secondo la procedura interna dell'Istituto.

San Cesario di Lecce, ____/____/____

Firma del/della dichiarante