

**Allegato 1**

PROCEDURA DI MOBILITA' RISERVATA AI FUNZIONARI ASSUNTI AI  
SENSI DELL'ART. 12, COMMA 1 SEXIES, DEL D.L. 68 DEL  
16/06/2022, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 108 DEL  
05/08/2022 (PNRR)

**DOMANDA TRASFERIMENTO LEGGE N. 104/1992**

(ai sensi dell'art. 10 del regolamento di mobilità del 17/07/2024)

**QUADRO A**

IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GIORNO MESE ANNO

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA

PROV.

CODICE FISCALE

INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione, ecc.)

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

C.A.P.

N. TELEFONO ABITAZIONE

N. TELEFONO CELLULARE

N. MATRICOLA DIPENDENTE

PROFILO PROFESSIONALE

SEDE DI SERVIZIO

Ufficio di appartenenza (Sede giuridica)

TEL. UFFICIO

E-MAIL

CHIEDE

ai sensi della legge n. 104/1992, il trasferimento presso le seguenti sedi in ordine di preferenza:

PRIMA SEDE

SECONDA SEDE

TERZA SEDE

# Allegato 1

## QUADRO B

### DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE AI SENSI DEL d.P.R. 445/2000

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GIORNO MESE ANNO

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA

PROV.

CODICE FISCALE

INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione, ecc.)

COMUNE DI RESIDENZA

PROV

C.A.P.

che è portatore di handicap grave, accertato dalla Asl di

in data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

che è portatore di handicap grave, stabilito con omologa del Tribunale di

in data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

oppure

che è portatore di handicap grave RIVEDIBILE, accertato dalla Asl di

in data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SCADENZA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

o su certificazione provvisoria/certificato medico specialista ASL, rilasciata/o in data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Che il predetto disabile NON È ricoverato a tempo pieno

Che il predetto disabile È ricoverato a tempo pieno ma rientra nei casi in cui sono fruibili i benefici di cui alla legge n.104/92 (*allegare documentazione*)

Che il predetto disabile è dipendente dell'amministrazione pubblica

(indicare l'Amministrazione di appartenenza)

RAPPORTO FAMILIARE CON IL DISABILE

GRADO DI PARENTELA O AFFINITA'

(coniuge/parte di unione civile ex art. 1. c.20 76/2016, convivente di fatto ex art.1 c.36 L.76/2016 genitore, figlio, nonno, fratello, zio, nipote, suocero, genero)

(primo, secondo o terzo grado)

In caso di parentela o affinità di terzo grado:

che il genitore e il coniuge/parte di unione civile ex art.1, c.20 L.76/2016 convivente di fatto ex art.1, c. 36 L. 76/2016, della persona disabile:

È DECEDUTO

MANCA

HA PIU' DI 65 ANNI DI ETA'

# Allegato 1

## SEGUE QUADRO B

In caso di assistenza a più persone e di parentela o affinità di secondo grado:

✓ che il genitore e il coniuge/parte di unione civile ex art.1, c.20 L.76/2016 convivente di fatto ex art.1, c. 36 L. 76/2016, della persona disabile:

È DECEDUTO

MANCA

HA PIU' DI 65 ANNI DI ETA'

In caso di rapporto di filiazione:

✓ che il figlio/ è nato/a a

il

GIORNO			MESE			ANNO		

In caso di filiazione adottiva/affidataria:

✓ che la data provvedimento di adozione o di affidamento è il

GIORNO			MESE			ANNO		

✓ e che la data di ingresso in famiglia dell'adottato/a - affidato/a è il

GIORNO			MESE			ANNO		

che è l'unica persona a fruire dei permessi di cui alla Legge 104/92;

OPPURE

che, in alternativa e nel rispetto del limite complessivo dei 3 giorni mensili, usufruirà dei permessi di cui alla Legge 104/92 con parente o affine entro il terzo grado della persona con disabilità in situazione di gravità, di seguito indicato:

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

--	--	--	--	--	--	--	--	--

GIORNO MESE ANNO

INDIRIZZO DI RESIDENZA

DATORE DI LAVORO

## Allegato 1

### QUADRO C

#### DICHIARAZIONI DI CONSAPEVOLEZZA E IMPEGNO

- 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;
- In caso di convivenza di fatto, la stessa, la stessa è stata instaurata conformemente a quanto previsto dall'art. 1 c. 36 e 55 legge 20/05/2016 n. 76;
- 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- Si impegna, salvo dimostrate situazioni di emergenza, a comunicare, con congruo tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- Si impegna, salvo dimostrate situazioni di emergenza, a comunicare, con congruo anticipo, al dirigente competente le assenze dal servizio per la fruizione dei permessi, possibilmente con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa;
- Si impegna a comunicare tempestivamente la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL.
- È consapevole che nel caso in cui uno dei due genitori fruiscono di uno o più giorni di permesso ai sensi dell'art. 33, comma 3 della legge 104, entrambi i genitori non potranno beneficiare nello stesso mese e per lo stesso figlio delle due ore di riposo giornaliero, del prolungamento del congedo parentale e del congedo di cui all'art. 42, comma 5 del D.Lgs n. 151/2001;
- Dichiara che i giorni di permesso mensile verranno fruiti nel limite massimo complessivo di 3 giorni mensili tra i due genitori.

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

Firma del richiedente