

Al Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Organizzazione Giudiziaria, del Personale e dei Servizi
Direzione Generale del Personale e della Formazione
Ufficio IV - Gestione del Personale

**ISTANZA DI ASSEGNAZIONE PROVVISORIA
PER NECESSITÀ DI ASSISTENZA DI UN CONGIUNTO DISABILE**
(art. 33, comma 5, l. 5 febbraio 1992, n. 104)

Il/La sottoscritt _____ , _____ ,
nat_ a _____ (____)
il ____ / ____ / ____ , dipendente dell'Amministrazione giudiziaria con la qualifica di _____ , in servizio presso _____ di _____ ,

DICHIARA PRELIMINARMENTE

- di essere consapevole che
 - o le agevolazioni dirette a favorire l'assistenza di un congiunto con disabilità in situazione di gravità da parte del lavoratore sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse postula la conferma dell'impegno, morale prima ancora che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
 - o la possibilità di fruire di queste 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 dei disabile;
 - o l'esercizio abusivo da parte del lavoratore dei diritti riconosciutigli ai sensi della l. 104/1992, costituisce giusta causa ai fini della risoluzione del rapporto di lavoro ai sensi dell'art. 2119 c.c., integra gli estremi della responsabilità disciplinare punibile anche con il licenziamento senza preavviso, ai sensi dell'art. 55-quater, d.lgs. 165/2001, e impone all'Amministrazione l'obbligo di denunciare i fatti all'Autorità giudiziaria per ogni valutazione inerente la sussistenza di eventuali estremi di reato;

- di impegnarsi a
 - o comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

- aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza, quando ciò si renda necessario, anche a seguito di specifica richiesta dell'Amministrazione;
- di essere a conoscenza
- del fatto che la possibilità di ottenere la richiesta assegnazione provvisoria è subordinata alla attuale sussistenza di vacanze disponibili nel medesimo profilo professionale del richiedente nella sede di servizio richiesta, fermo restando che il procedimento sarà regolato dai criteri indicati nella circolare della Direzione Generale del Personale e della Formazione del 31 gennaio 2020;
 - del fatto che il successivo venire meno dei requisiti di legge per l'accesso al beneficio (tra i quali la sussistenza di una vacanza disponibile) comporterà la revoca dell'assegnazione provvisoria;
 - della decadenza delle agevolazioni concesse, qualora l'Amministrazione, a seguito di controlli, riscontri la non veridicità di quanto dichiarato, *ex art. 75, d.P.R. 445/2000*;
 - delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e di uso di dichiarazioni contenenti dati non conformi al vero, *ex art. 76, d.P.R. 445/2000*,
 - del fatto che le informazioni fornite saranno trattate, anche con strumenti informatici, dall'Amministrazione unicamente per l'assolvimento dei propri scopi istituzionali e nel rispetto del principio di pertinenza, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le dichiarazioni sono state rese;

DICHIARA

1. di avere un'anzianità di servizio, al momento della presentazione di questa istanza, pari a _____ anni, _____ mesi, _____ giorni;
2. di essere coniuge ovvero parente o affine entro il secondo grado di _____ , nat_ a _____ il _____ (specificare il rapporto di coniugio, parentela o affinità: ad esempio, marito/moglie, padre/madre, etc. - _____);

ovvero

di essere parente o affine entro il terzo grado di _____ , nat_ a _____ il _____ (specificare il rapporto di parentela o affinità: ad esempio, bisnonno, nipote in linea collaterale, etc. - _____);

3. che il/la suddett__ congiunt__ è persona con disabilità in situazione di gravità, come certificato dalla Commissione Medica di Verifica di _____ con verbale in data _____ ;
4. che il suddetto verbale della Commissione Medica di Verifica (spuntare la casella corrispondente alla situazione di fatto che si intende dichiarare)
- NON prevede una futura visita di revisione, attestando l'irreversibilità dell'*handicap* in situazione di gravità;
 - prevede una futura visita di revisione, attestando la possibile reversibilità dell'*handicap* in situazione di gravità (cosiddetto "verbale rivedibile"), con perdita di efficacia della certificazione alla data del ____/____/____;
5. (solo nel caso di parente o affine di terzo grado, spuntare la casella corrispondente alla situazione di fatto che si intende dichiarare) che i genitori o il coniuge della suddetta persona con *handicap* in situazione di gravità
- sono tutti deceduti o mancanti;
 - hanno tutti compiuto i sessantacinque anni di età;
 - sono anche essi tutti affetti da patologie invalidanti;
6. che la suddetta persona con disabilità in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno;

ovvero (spuntare la casella corrispondente alla situazione di fatto che si intende dichiarare)

- che la suddetta persona con disabilità in situazione di gravità era ricoverata a tempo pieno, ma il ricovero è stato interrotto (ovvero sarà interrotto) a far data dal _____ e sino verosimilmente al _____ , perché il disabile deve recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;
 - che la suddetta persona con disabilità in situazione di gravità è ricoverata a tempo pieno, ma versa in situazione di coma vigile;
 - che la suddetta persona con disabilità in situazione di gravità è ricoverato a tempo pieno, ma versa in situazione terminale;
 - che la suddetta persona con disabilità in situazione di gravità è ricoverata a tempo pieno, ma trattasi di ricovero di un minore ed è documentato il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare;
7. che la suddetta persona con disabilità in situazione di gravità ovvero il suo tutore, in caso di interdizione (spuntare la casella corrispondente alla situazione di fatto che si intende dichiarare)

- ha espressamente e formalmente dichiarato la propria la volontà di ricevere assistenza esclusivamente da parte del dipendente istante e di non avere in precedenza espresso analoga volontà in relazione ad altri soggetti;
 - ha già espresso una tale dichiarazione, che intende ora revocare formalmente, specificando le generalità complete dei soggetti a suo tempo indicati, con nuova *dichiarazione* di voler di ricevere assistenza esclusivamente da parte del dipendente istante;
8. che il sottoscritto dipendente già assiste ovvero intende assistere effettivamente la suddetta persona con disabilità in situazione di gravità;
9. che altro lavoratore dipendente fruisce dei permessi brevi derivanti dalla assistenza al suddetto disabile;
10. che nessun altro lavoratore dipendente fruisce di ulteriori agevolazioni derivanti dalla assistenza al suddetto disabile (tranne permessi brevi ai sensi del D.Lgs. 105/2022);
11. che la suddetta persona con disabilità in situazione di gravità è residente in _____ n. _____,
_____ (____);
12. che la suddetta persona con disabilità in situazione di gravità (spuntare la casella corrispondente alla situazione di fatto che si intende dichiarare)
- è effettivamente domiciliata presso la residenza come sopra indicata;
 - è domiciliata in _____ n. _____,
_____, _____ (____),
presso _____;
13. che tra l'attuale sede di lavoro del sottoscritto dipendente e la residenza o il domicilio come sopra indicati intercorre una distanza chilometrica, secondo il più breve tragitto ferroviario o stradale, pari a km _____ ;
14. Di:
- aver già presentato analoga istanza di assegnazione provvisoria per il Circondario di _____ la quale non è stata accolta per difetto di vacanze disponibili;
 - non aver già presentato analoga istanza di assegnazione provvisoria;

CHIEDE

pertanto, di essere assegnato provvisoriamente,

presso il Circondario di _____
(distanza chilometrica con la residenza o il domicilio della suddetta persona con *handicap* in situazione di gravità come sopra indicati, secondo il più breve tragitto ferroviario o stradale, pari a km _____);

Il sottoscritto dipendente allega, a completa riprova di quanto sinora dichiarato, la seguente documentazione (spuntare le caselle corrispondenti):

- verbale della commissione medica di verifica di _____ in data _____ che accerta la situazione di *handicap* grave;
- documentazione anagrafica (ovvero apposita dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli artt. 46ss e 76, d.P.R. 445/2000), che attesta il grado di parentela o di affinità con il soggetto disabile da assistere e la sua residenza o il suo domicilio;
- documentazione anagrafica (ovvero apposita dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli artt. 46ss e 76, d.P.R. 445/2000), che attesta l'esistenza in vita di genitori e coniuge del disabile;
- dichiarazione proveniente dal disabile capace di intendere e di volere (ovvero dal tutore, in caso di interdizione) *ex* artt. 46ss e 76, d.P.R. 445/2000, con cui si manifesta la volontà di ricevere assistenza da parte del dipendente istante o in via esclusiva o in alternativa con altre persone, specificandone le generalità ed il rapporto di parentela o affinità;
- dichiarazione che attesti i parenti/affini che fruiscono dei benefici previsti dalla L. 104/92 per lo stesso disabile, specificando quali benefici;
- dichiarazione che attesti i parenti/affini che assistono il disabile;
- certificazioni mediche che attestino la patologia invalidante dei genitori o del coniuge del congiunto di terzo grado con *handicap* in stato di gravità;
- dichiarazione del dipendente istante in merito al mancato ricovero del soggetto disabile;
- attestazione dello stato di ricovero del disabile, accompagnata da documentazione medica che attesti l'avvenuta interruzione di un ricovero già in atto per necessità diagnostiche o terapeutiche del disabile;
- attestazione dello stato di ricovero del disabile, accompagnata da documentazione medica che attesti il ricovero del disabile in condizione di coma vigile ovvero in situazione terminale;
- attestazione dello stato di ricovero del disabile, accompagnata da documentazione medica che attesti il bisogno di assistenza del disabile minore da parte di un genitore o un familiare;
- attestazione della più breve distanza chilometrica (stradale o ferroviaria) tra la sede di servizio, la sede richiesta e la residenza o il domicilio del disabile;
- altro (specificare) _____

_____.

Data,

Firma