



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL FUOCO, DEL SOCCORSO PUBBLICO E DELLA DIFESA CIVILE
DIREZIONE CENTRALE PER LE RISORSE UMANE

prot. n. 2587

Roma, 31 MAR. 2006

Ai sigg. Comandanti provinciali
vv.f

LORO SEDI

AI Sigg. Direttori centrali del
Dipartimento

SEDE

Al Sig. Dirigente dell'ufficio di
coordinamento e relazioni esterne

SEDE

Ai Sigg. Dirigenti degli uffici di
diretta collaborazione

SEDE

Ai sigg. Direttori regionali e
interregionali vv.f

SEDE

e p.c Al Sig. Dirigente Generale
Capo del Corpo nazionale vv.f.

SEDE

Oggetto: Procedure per la concessione dei benefici previsti dalla legge n.104/92, come modificata dalla legge n.53\2000.

Com'è noto la legge 5/2/1992, n.104, *Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*, prevede benefici oltre che per il lavoratore dipendente disabile grave (artt.21 e 33, comma 6 situazione direttamente valutata dall'Amministrazione centrale), anche per il dipendente che assista, con continuità ed esclusività, un parente od affine, entro il 3° grado, riconosciuto disabile grave e non ricoverato a tempo pieno.

Il presupposto è, dunque, il riconoscimento della condizione di gravità dell'handicap ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge.

Sussiste, quindi, l'esigenza, a fronte delle numerose istanze che pervengono, di verificare, preliminarmente, il pieno possesso dei requisiti previsti dalla citata legge 104/92.ed, in particolare, che venga comprovata la continuità e la esclusività in capo al dipendente richiedente.

Nell'ottica dello snellimento delle procedure e di un maggiore coinvolgimento delle SS.LL. al procedimento, si rende necessario che un'attenta istruttoria venga effettuata, in primo luogo, presso le sedi di servizio degli interessati, al fine di valutare **l'ammissibilità delle istanze prodotte** per l'ottenimento dei suddetti benefici, sotto il profilo del possesso dei requisiti minimi costituiti da:

- 1) grado di parentela o affinità del congiunto assistito ed il non ricovero a tempo pieno del medesimo;
- 2) riconoscimento in capo al familiare, ovvero al dipendente stesso se diretto interessato, di handicap in situazione di gravità (art.3, comma 3 della legge n.104\1992) accertata dalla competente Commissione prevista dall'art.4 della Legge medesima.

Ove dalla documentazione prodotta e verificata risulti che i requisiti minimi richiesti dalla norma non sussistono, i dirigenti degli uffici d'appartenenza rigetteranno l'istanza con comunicazione diretta agli interessati.

Qualora ricorrano invece le condizioni minime, come indicate sub 1) e 2), gli uffici d'appartenenza faranno compilare ai dipendenti l'apposita modulistica allegata, già utilizzata peraltro in occasione della mobilità del personale del SATI, con la quale gli interessati devono comprovare la sussistenza del **requisito di continuità ed esclusività dell'assistenza** al congiunto, anche mediante produzione di eventuale ulteriore documentazione.

A tal fine si raccomanda di far compilare il modello in questione, con cura ed attenzione, in tutte le sue parti ed, in ogni caso, in modo leggibile.

Vanno, quindi, accuratamente sbarrate le caselle corrispondenti a quanto dichiarato e gli interessati, che dovranno essere informati delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, dovranno impegnarsi a comunicare tempestivamente qualunque variazione delle situazioni autocertificate.

I dirigenti degli uffici verificheranno la corretta compilazione del modello: dichiarazioni non debitamente compilate, o con omissioni, o prive della documentazione prescritta, dovranno essere respinte dalle SS.LL. ove non perfezionate in breve tempo dagli interessati, in quanto le predette omissioni rendono comunque improcedibili le richieste dei benefici ai sensi della legge n.104\1992.

Quando le istanze vengono respinte, in entrambe i casi sopraindicati, nel provvedimento le SS.LL. dovranno informare gli interessati che avverso il diniego può essere esperito ricorso al TAR o ricorso straordinario al Capo dello Stato, nei termini di legge.

I dirigenti delle sedi d'appartenenza trasmetteranno i modelli correttamente compilati e corredati della documentazione necessaria alla Direzione centrale per le risorse umane, facendo conoscere il proprio motivato parere che terrà conto di ulteriori elementi eventualmente conosciuti e ritenuti rilevanti.

Fermo restando che, di norma, gli accertamenti in ordine alla verifica del possesso dei requisiti richiesti sono curati da questi Uffici, sembra utile richiamare l'attenzione su aspetti che assumono importanza ai fini della concessione dei benefici previsti dalla L. 104/1992.

In particolare, il requisito della continuità, per consolidato indirizzo giurisprudenziale, presuppone che l'assistenza sia già in corso al momento dell'assegnazione del dipendente alla prima sede di servizio o debba essere necessariamente in atto alla data di presentazione della richiesta del beneficio (permessi o trasferimento) e non sia mai venuta meno.

Il requisito della esclusività, invece, consiste nell'essere l'unico soggetto lavoratore che provveda ad un'effettiva assistenza al parente disabile; ciò richiede, dunque, che vengano verificati tutti i possibili elementi sulla situazione familiare, anche con riguardo ad altri congiunti per i quali dovranno essere accertati motivi, obiettivamente rilevanti, ostativi alla prestazione di effettiva assistenza, in modo da dimostrare che tale onere ricada effettivamente solo sul dipendente che fa richiesta di permesso e/o trasferimento.

Ai fini predetti della continuità ed esclusività dell'assistenza, pertanto, tra i vari elementi da considerare, assume rilievo, ad esempio, l'esistenza di una non irragionevole distanza tra il luogo di lavoro e l'abitazione del soggetto malato.

Si osserva che la L.104/92 non sancisce un diritto assoluto ed incondizionato al trasferimento (il comma 5 dell'art.33 afferma, infatti, solo un "diritto a scegliere" ragionevolmente collegato al momento dell'assunzione, e subordinato comunque alle esigenze di servizio stante l'inciso "ove possibile") e quindi, pur riscontrati i debiti presupposti, l'eventuale adozione del provvedimento di trasferimento è comunque subordinata al requisito oggettivo dell'esistenza del posto vacante nell'organico della sede aspirata ed alla valutazione delle esigenze di servizio del Comando di appartenenza tenendo anche conto della possibilità di reintegro

In ogni caso, il trasferimento, ove adottato, riveste carattere temporaneo, cioè fino alla sussistenza dei presupposti che lo hanno determinato.

Si prega di dare la massima diffusione della presente tra tutti gli uffici dirigenziali e il personale, ricordando che le istanze vanno presentate esclusivamente agli uffici di appartenenza e, quindi, non potranno essere prese in considerazione quelle che dovessero essere inviate direttamente al Dipartimento da parte degli interessati.

F.to IL CAPO DIPARTIMENTO
(Morcone)

per comunicazioni al riguardo:

dott.ssa Patrizia CONGIUSTA – tel 06/46529889 serv.III (personale dei ruoli capi reparto, capi squadra e vigili)

dott.ssa Irene RUSSO – tel. 06/46547846 serv. IV (personale dei ruoli dirigenti, direttivi, ispettori e sostituti, amministrativi, tecnico informatici)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A

DATI DEL RICHIEDENTE

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROVINCIA	N. Telefonico (con prefisso)
INDIRIZZO (Via, Piazza, n. civico, frazione ecc.)	COMUNE DI RESIDENZA	CAP
QUALIFICA	SEDE DI SERVIZIO	

CHIEDE, AI SENSI DELLA LEGGE N. 104/92 e s.m.i.,

di fruire dei permessi mensili

il trasferimento presso la seguente sede:.....

in base all'art.33 della legge n.104\1992, quale parente\affine entro il III grado che assiste con continuità ed esclusività
 sottoindicato congiunto, handicappato in situazione di gravità, non ricoverato a tempo pieno:

fig.
 nato il a, rapporto di
 parentela\affinità.....

A tal fine dichiara:

Ci sono parenti/affini con rapporto di lavoro pubblico o privato che usufruiscono o in passato abbiano usufruito o richiesto i benefici della L. 104/92 per il medesimo malato

Se **SI** specificare:

SI

NO

dati anagrafici di chi assiste\ assisteva e rapporto di parentela\affinità con il malato

.....

i motivi per i quali non possono più fornire assistenza

.....

..... da quando hanno cessato

.....
 attualmente l'assistenza al portatore di handicap è fornita dal Sig./Sig.ra.....

• **Il richiedente ha, in passato, già usufruito dei benefici della L.104/92**

(permessi e/o trasferimenti)

SI

NO

Se **SI** specificare :

dati anagrafici e rapporto di parentela\affinità con il malato assistito in precedenza

.....

i motivi per i quali non può più fornire assistenza

.....

..... da quando ha cessato

.....
 attualmente l'assistenza al portatore di handicap è fornita dal Sig./Sig.ra.....

.....

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 (se 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.....

Il malato è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati SI NO

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

L'invalido è titolare di assegno di pensione o di accompagnamento SI NO

Se **SI** specificare chi provvede alla riscossione:

Sig/Sig.ra.....

L'invalido necessita di essere accompagnato per effettuare terapie o visite mediche SI NO

Se **SI** specificare:

con quale frequenza.....

chi abitualmente provvede a ciò:

Sig/Sig.ra.....

**QUADRO C
DI HANDICAP****COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA ORIGINARIA DEL PORTATORE**

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela

**QUADRO D
COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA ATTUALE DEL DIPENDENTE
RICHIEDENTE**

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Residenza	Professione	Motivi ostativi all'assistenza

**QUADRO E
COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA ATTUALE DEL PORTATORE DI
HANDICAP**

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Residenza	Professione	Motivi ostativi all'assistenza

QUADRO F ALTRI PARENTI/AFFINI, DELLO STESSO GRADO DEL RICHIEDENTI, NON CONVIVENTI NEI NUCLEI INDICATI AI QUADRI PRECEDENTI

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Residenza	Professione	Motivi ostativi all'assistenza

QUADRO G DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap;

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)

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)

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 con l'indicazione specifica e dettagliata dei motivi ostativi

Certificato storico anagrafico (o dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa ai sensi della L. 445/2000) del nucleo familiare originario del portatore di handicap

Altro (specificare).....

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze 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

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Il modello va compilato con cura e attenzione in tutte le sue parti a carattere stampatello o in corsivo e in ogni caso leggibile. Vanno accuratamente sbarrate le caselle corrispondenti a quanto dichiarato. L'istanza non debitamente compilata in tutte le sue parti, o con omissioni, e priva della documentazione allegata prescritta sarà considerata non prodotta.

a) Devono essere indicati i nomi di tutti i componenti del nucleo storico originario del malato, legati allo stesso da un vincolo di parentela o affinità entro il 3° grado, a prescindere da quanto possa risultare dallo stato di famiglia attuale del portatore di handicap. Ad esempio nel caso assistenza prestata al nonno del dipendente richiedente occorre indicare: coniuge del malato (se esistente), figli del malato (anche adottivi o affidati) e rispettivi coniugi, altri nipoti del malato (e, quindi cugini del dipendente richiedente) e così via.

b) Vanno indicati i **motivi specifici e dettagliati** ostativi alla prestazione dell'assistenza da parte di altri familiari del portatore di handicap. Non si potrà, ad esempio, addurre quale causa ostativa per gli altri componenti il nucleo familiare del malato, una generica impossibilità di assistenza in quanto impegnati in attività lavorativa o per incompatibilità di carattere. Tali motivazioni, infatti, per poter essere utilmente valutate necessitano dell'indicazione specifica delle circostanze (es. nel caso di svolgimento di attività lavorativa del familiare occorre l'indicazione della sede, dei giorni e dell'orario di lavoro, eventualmente anche notturno) che impediscano al familiare di prestare la necessaria assistenza al congiunto.