

Alla Commissione Sanitaria di cui alla L. n. 104/92  
Azienda Sanitaria di Bolzano  
Servizio di Medicina Legale  
Via Amba Alagi 33 - 39100 BOLZANO  
Tel.0471 909280-82-97 Fax 0471 909281

**Domanda per l'accertamento della gravità dell'handicap ai fini delle agevolazioni previste dall'art. 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"**

**Assistenza alle persone conviventi, parenti o affini entro il 3° grado**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
e residente a .....  
via/p.za ..... tel .....  
.....

**dichiara**

**di assistere con continuità e in via esclusiva la persona con handicap in situazione di gravità, non ricoverata a tempo pieno:** ..... (\*)

nome e cognome .....  
data di nascita .....

(\*) indicare se figlio, figlio adottivo, minore in affidamento, parente o affine entro il 3° grado

**e chiede**

che la stessa venga sottoposta all'accertamento della gravità dell'handicap da parte della commissione medica di cui all'articolo 4 della legge n.104/92, per usufruire delle agevolazioni dell'art. 33.\*

\*  tre giorni di permesso mensile retribuito (art. 33, comma 3)  
 scelta della sede di lavoro più vicina al domicilio (art. 33, comma 5)

**Allegati:**

- certificato medico relativo all'handicap, rilasciato da non più di sei mesi
- eventuale altra certificazione idonea a dimostrare la situazione di gravità
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa al rapporto di lavoro del richiedente e degli altri familiari

**Dichiaro inoltre di essere informato del fatto che i dati qui raccolti saranno utilizzati esclusivamente ai fini della trattazione della presente domanda, nel rispetto delle prescrizioni relative alla tutela dei dati personali, di cui alla legge 675/96.**

Si fa presente che possono essere eseguiti controlli sulla veridicità delle dichiarazioni fornite e che ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 sono previste sanzioni penali a carico di coloro che rilasciano dichiarazioni o autocertificazioni non rispondenti al vero.

Nel caso di trasmissione per posta, per fax o tramite terzi è necessario allegare fotocopia di un valido documento di identità (parte interna).

luogo e data .....

firma .....

An die Ärztekommision im Sinne des Gesetzes Nr. 104/92  
Sanitätsbetrieb Bozen  
Rechtsmedizinischer Dienst  
Amba-Alagi-Str. 33 - 39100 BOZEN  
Tel. 0471 909280-82-97 FAX 0471 909281

**Anfrage zur Untersuchung zwecks Feststellung des Schweregrades der Behinderung, um in den Genuß der vom Gesetz vom 5. Februar 1992, Nr. 104 "Rahmengesetz für die Betreuung, die soziale Integration und die Rechte der behinderten Personen" vorgesehenen Begünstigungen zu kommen**

**Betreuung von zusammenlebenden Personen, Verwandten oder Verschwägerten innerhalb 3° Grades**

Der/Die Unterfertigte: .....  
geb. in ..... am .....  
wohnhaft in .....  
Str./Pl. .... Tel.....

**erklärt**

folgende Person mit schwerer Behinderung, die nicht ganzjährig in einer Pflegeeinrichtung untergebracht ist, dauernd und ausschließlich zu betreiben: .....

Name u. Nachname .....  
Geburtsdatum .....

(\*) angeben ob es sich um Sohn/Tochter, Adoptivsohn/tochter, Minderjährige/r in Pflege oder innerhalb des 3° Grades verwandte oder verschwägerte Person handelt)

**und ersucht**

um Feststellung des Schweregrades der Behinderung obgenannter Person durch die von Artikel 4 des Gesetzes Nr.104/92 vorgesehenen Ärztekommision, um in den Genuß der vom Art. 33 \* vorgesehenen Begünstigungen zu kommen .

\*  Drei freie Tage im Monat (Art. 33, Abs. 3)  
 Wahl der dem Wohnort am nächsten liegenden Arbeitsstelle (Art. 33, Abs. 5)

**Anlagen:**

- Ein höchstens sechs Monate altes ärztliches Zeugnis über die Behinderung
- Eventuell eine weitere Bescheinigung als Beweis des Schweregrades der Behinderung
- Ersatzerklärung von Notorietätsakt bezüglich des eigenen Arbeitsverhältnisses sowie jenes der anderen Familienmitglieder

**Ich bin darüber informiert, daß die hier erhobenen Daten ausschließlich zur Bearbeitung des vorliegenden Ansuchens, in Anbetracht der Vorschriften über den Schutz der persönlichen Daten laut Gesetz Nr. 675/96 verwendet werden.**

Man macht darauf aufmerksam, dass Kontrollen bezüglich der gelieferten Erklärungen durchgeführt werden können und laut D.P.R. vom 28.12.2000 Nr. 445 strafrechtliche Sanktionen für falsch abgelegte Selbstbescheinigungen bzw. Erklärungen vorgesehen sind.

Bei Übermittlung mit der Post, mit Fax oder durch dritte Personen ist es notwendig, eine Ablichtung des gültigen Personalausweises beizulegen (Innenseite).

Ort und Datum .....

Unterschrift .....

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 4  
DEL D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto, .....  
nato il ..... a .....  
residente a .....  
in Via .....,

**dichiara**

nella sua qualità di  
 coniuge  
 figlio/a (se il coniuge è assente)  
 parente entro il 3 grado (nel caso di assenza del co-  
niuge e mancanza dei figli)

che il Sig/la Sig.ra .....  
nato/a il a .....  
residente a .....  
in Via .....

presenta una situazione di impedimento temporaneo,  
connesso al suo stato di salute, tale per cui la medesima  
persona non sa o non può sottoscrivere la domanda e le  
dichiarazioni in essa contenute.

Il sottoscritto dà atto di essere a conoscenza che il rila-  
scio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice  
penale e delle leggi speciali in materia.

FIRMA .....  
Data .....

**ERKLÄRUNG IM SINNE DES ART. 4 DES  
D.P.R. NR. 445/2000**

Der/Die Unterfertigte, .....  
geb. am ..... in .....  
Wohnhaft in .....  
Adresse .....

**erklärt**

in seiner Eigenschaft als  
 Ehepartner  
 Sohn/Tochter (in Abwesenheit des Ehepartners)  
 Blutsverwandter/e innerhalb III Grades (in Abwesen-  
heit des Ehepartners und bei Fehlen von Kindern) dass

Herr /Frau .....  
geb. am in .....  
wohnhaft in .....  
Adresse .....

aus Gesundheitsgründen zeitweilig das Ansuchen und  
alle darin enthaltenen Erklärungen nicht imstande ist, zu  
unterschreiben.

Der/Die Unterfertigte erklärt darüber in Kenntnis zu sein,  
dass die Abgabe von falsche Erklärungen im Sinne des  
Strafgesetzbuches und der diesbezüglichen Sonderge-  
setze bestraft wird.

UNTERSCHRIFT .....  
Datum .....

**ATTESTAZIONE**

Il pubblico ufficiale .....

previo accertamento dell'identità del dichiarante attesta  
che  
 l'interessato/a stesso/a

la persona sopra indicata  
ha a lui reso la dichiarazione che l'interessato si trova  
in situazione di non saper o poter firmare il presente  
atto.

Timbro dell'Ufficio e firma del Pubblico Ufficiale  
.....

**BESTÄTIGUNG**

Die Amtsperson .....

bestätigt nach Feststellung der Identität des Erklären-  
den, dass  
 der / die Betroffene selbst

die oben angeführte Person  
ihm/ihr erklärt hat, dass der/die Betroffene nicht in der  
Lage ist, vorliegenden Akt zu unterschreiben.

Stempel des Amtes und Unterschrift der Amtsperson  
.....