

Protocollo N.	0002650
Del	11/04/2017
Titolo I	Classe 1
Sottoclasse	

Al Signor Sindaco di Assoro

Il sottoscritto **Di Naso Antonino** nato a Leonforte il 15.12.1968 ed ivi residente in Via Ogialoro n.29, in servizio presso questo Ente con qualifica di Istruttore Tecnico

CHIEDE

Di fruire di mesi 7 (sette), dal **01.05.2017** al **30.11.2017**, nell'ambito del congedo biennale retribuito previsto dall'art. 42 del d.lgs. 151/2001 come modificato dall'art. 4 del d.lgs. n. 119 del 18.07.2011, per assistere, in qualità di referente unico, il proprio padre **DI NASO GIUSEPPE** nato a Leonforte il 29.07.1927 ed ivi residente in Via Ogialoro n. 29, riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,

DICHIARA

1. Di essere l'unica persona a prestare assistenza in via continuativa ed esclusiva al proprio padre;
2. Che in atto il proprio padre non è ricoverato in nessuna struttura pubblica o privata;
3. Che per il periodo dal 01.05.2017 al 30.11.2017 nessun'altro fruirà contemporaneamente del medesimo congedo straordinario;
4. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualunque variazione inerente alla fruizione del congedo richiesto.

Si allega:

- Copia del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992;
- Autocertificazione residenza del sottoscritto e del proprio padre;
- Fotocopia del documento di identità del proprio padre.

Assoro, 11-04-2017

Con Osservanza

Ric. all.

AUTOCERTIFICAZIONE di RESIDENZA

(Art. 46 - lettera b) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto Di Naso Giuseppe nato a Leonforte il 29.07.1927 residente in Leonforte Via Ogliadoro n. 29 consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P. R. 445/2000),

DICHIARA di ESSERE RESIDENTE

in LEONFORTE in Via OGLIALORO n. 29.

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso. Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data

Firma del dichiarante

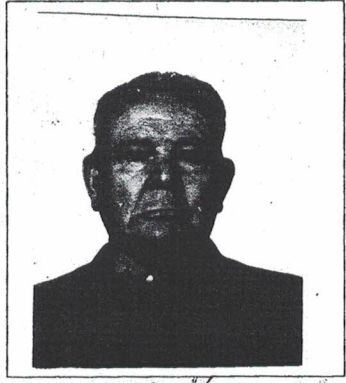


Cognome **DI NASO**
 Nome **GIUSEPPE**
 nato il **29/07/1927**
 (atto n. **362** P. **1** S. **-**)
 a **LEONFORTE** **EN**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **LEONFORTE (EN)**
 Via **VIA OGLIALORO N.29**
 Stato civile **CONIUGATO**
 Professione

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **1,70**
 Capelli **BIANCHI**
 Occhi **AZZURRI**
 Segni particolari

////////



Firma del titolare *Giuseppe Di Naso*
LEONFORTE li **24/04/2009**
 ORDINE DEL SINDACO
 Il SINDACO
Giuseppe Di Naso
 Impronta del dito indice sinistro
 Dir. Car 10,60



DOCUMENTO VALIDO FINO AL 23/04/2019

AR 4720258

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
LEONFORTE

CARTA D'IDENTITA'
N° AR 4720258
DI
DI NASO
GIUSEPPE

IPZS. 892 - OFFICINA C.V. - ROMA

REGIONE SICILIA
AZIENDA USL N.4 ENNA
COMMISSIONE DI PRIMA ISTANZA PER L'ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI HANDICAP
LEGGE 104/92
DISTRETTO SANITARIO DI AGIRA
VERBALE DI VISITA COLLEGIALE **AI SENSI L. 80 ART. 6 COMMA 3 BIS**

DATA SEDUTA 21.7.09	DATA PRESENTAZIONE DOMANDA 15/06/2009	N. DI PRATICA 2009/827																								
COGNOME E NOME DI NASO GIUSEPPE		DOC. IDENTITA' CLM AR4720258																								
LUOGO DI NASCITA (comune e provincia) LEONFORTE ENNA		cod. prov. EN DATA NASCITA 29/07/1927																								
RESIDENZA ANAGRAFICA (via o piazza, cap - comune e provincia) OGGIALORO 29. 94013 - LEONFORTE (EN)		TIPO DI ACCERTAMENTO ambulatoriale ☒ domiciliare ☐ altro ☐																								
STATO CIVILE CONIUGATO/A		PROFESSIONE Pensionato																								
ANAMNESI Sia 2007. ecc Agira il 23.2.09																										
ESAME OBIETTIVO E/O ACCERTAMENTO DELL'ESPERTO:																										
ACCERTAMENTI DISPOSTI:																										
DOCUMENTAZIONE ACQUISITA: Asa in allegato																										
DIAGNOSI ESITO INTERVENTO CHIRURGICO PER RIPETTO PLETITIA DI PARANSON CON DISTURBO MIEGICO DI GRADO MEDIO MISCELLANEO SCIENTIFICO - ZILLESIA CEFINATA EXIPARESI IN SOGGETTO CON VASCULOPATIA CEREBRALE CRONICA																										
APPARATI SEDE, DI INFERMITA' E PATOLOGIA: <table border="0"><tr><td>- Cardio-circolatorio</td><td>- Vestibolare</td></tr><tr><td>- Respiratorio</td><td>- Visivo</td></tr><tr><td>- Digerente</td><td>- Olfattorio</td></tr><tr><td>- Nervoso centrale</td><td>- Fisiognomico</td></tr><tr><td>- Endocrino</td><td>- Fonatorio</td></tr><tr><td>- Locomotore arto inf.</td><td>- Stomatognatico</td></tr><tr><td>- Locomotore arto sup.</td><td>- Riproduttivo</td></tr><tr><td>- Locomotore rachide</td><td>- Patologia immunitaria</td></tr><tr><td>- Urinario</td><td>- Patologia neoplastica</td></tr><tr><td>- Nervoso periferico</td><td>- Patologia cong./malform.</td></tr><tr><td>- Psicico</td><td>- Patologia sistemica</td></tr><tr><td>- Uditivo</td><td></td></tr></table>			- Cardio-circolatorio	- Vestibolare	- Respiratorio	- Visivo	- Digerente	- Olfattorio	- Nervoso centrale	- Fisiognomico	- Endocrino	- Fonatorio	- Locomotore arto inf.	- Stomatognatico	- Locomotore arto sup.	- Riproduttivo	- Locomotore rachide	- Patologia immunitaria	- Urinario	- Patologia neoplastica	- Nervoso periferico	- Patologia cong./malform.	- Psicico	- Patologia sistemica	- Uditivo	
- Cardio-circolatorio	- Vestibolare																									
- Respiratorio	- Visivo																									
- Digerente	- Olfattorio																									
- Nervoso centrale	- Fisiognomico																									
- Endocrino	- Fonatorio																									
- Locomotore arto inf.	- Stomatognatico																									
- Locomotore arto sup.	- Riproduttivo																									
- Locomotore rachide	- Patologia immunitaria																									
- Urinario	- Patologia neoplastica																									
- Nervoso periferico	- Patologia cong./malform.																									
- Psicico	- Patologia sistemica																									
- Uditivo																										
VALUTAZIONE DELL'ASSISTENTE SOCIALE																										
Poichè dette patologie sono ☐ non sono ☐ causa di difficoltà di apprendimento, di vita, di relazione o di integrazione lavorativa, la Commissione giudica che lo stesso è riconosciuto ai sensi della Legge 104/92 e succ. mod. e integraz.:																										
☐ NON PORTATORE DI HANDICAP ☒ PORTATORE DI HANDICAP (ex art.3, comma 1 Legge 104/92) ☒ PORTATORE DI HANDICAP GRAVE (ex art.3, comma 3 Legge 104/92) AI FINI DELL'ART.8 LEGGE N.449/97 LO STESSO E' DICHIARATO: ☐ DISABILE PSICHICO O MENTALE (verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento n. del) ☐ SORDO PREVERBALE (verbale n. del) ☐ NON VEDENTE (verbale n. del) ☒ SOGGETTO CON RIDOTTE O IMPEDITE CAPACITA' MOTORIE PERMANENTI ☒ DISABILE CON GRAVE LIMITAZIONE DELLA CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE O AFFETTO DA PLURIAMPUTAZIONI																										
REVISIONE 21.7.09																										
LA COMMISSIONE																										
PRESIDENTE	GERACI GIUSEPPE																									
MEDICO ESPERTO	GIANGRASSO SALVATORE																									
OPERATORE SOCIALE	GULINO BARTOLINA																									
COMPONENTE	BANNO' ARCANGELO																									
COMPONENTE	CRAPANZANO FILIPPO																									
MEDICO DI CATEGORIA	PORTO ANTONINO																									
MEDICO DI CATEGORIA	CAMPIONE SALVATORE																									

COPIA ORIGINALE (per l'ASL)

REGIONE SICILIA

ACCERTAMENTO DI PRIMA ISTANZA DEGLI STATI DI INVALIDITA' CIVILE
DELLE CONDIZIONI VISIVE E DELLA SORDITA'

AZIENDA USL N.4 ENNA		AI SENSI L. 80 ART. 6 COMMA 3 BIS		Commissione VERBALE N.	
DATA VISITA 21.7.09	DATA DEFINIZIONE	DATA PRES. DOMANDA 15/06/2009	N. DI PRATICA 2009/827	DOC. IDENTITA' Plu.AR 4720258	
COGNOME E NOME DI NASO GIUSEPPE		SESSO M	PROFESSIONE PENSIONATO		
LUOGO DI NASCITA (comune e provincia) LEONFORTE (ENNA)		PROV. EN	DATA DI NASCITA 29/07/1927		
RESIDENZA ANAGRAFICA (via, cap, comune e provincia) OGLIALORO 29 94013 LEONFORTE (EN)		TIPO DI ACCERTAMENTO Ambulatoriale ☒ Domiciliare ☐ Post mortem ☐			
ANAMNESI GIA' 100% ecc. Aggravato del 23.1.09		ACCERTAMENTO SUCCESSIVO PER: revisione d'ufficio ☐ aggravamento ☒			
ESAME OBIETTIVO:					
ACCERTAMENTI DISPOSTI					
DOCUMENTAZIONE ACQUISITA Doc. not. pubblica FISIATRICA - NEUROLOGICA					
LA COMMISSIONE HA ACCERTATO: Assenza di patologia ☐ Patologia dipendente da cause di guerra lavoro, servizio (non competente) ☐ Patologia di competenza della commissione ☐					
DIAGNOSI FISI INTERVENTO CHIRURGICO PER K RETTO - MALATTIA DI PARKINSON CON DISTURBO MNESICO DI GRADO MEDIO - MICROBIDISCUOSI - EPILESSIA - SFURATA CRIPARESI DI IN S. SOTTO CON VASCULOPATIA CROCIANTE CRONICA					
La commissione certifica che, ai sensi delle leggi e decreti:					
26.5.70 n.381 27.5.70 n.382 30.3.71 n.118 e suc.mod. 11.2.80 n.18 21.11.88 n.508 23.11.88 n.509 11.10.90 n.289 15.10.90 n.295 23.4.98 n.124					
3.4.01 n.138 9.3.06 n.80					
IL RICHIEDENTE E' RICONOSCIUTO:					
1 NON INVALIDO assenza di patologia o con riduzione della capacita' lavorativa INFERIORE ad 1/3 o assenza di difficolta' persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'eta'					
2 PRIVO delle minorazioni visive previste dalla legge n. 382/70.					
3 PRIVO delle minorazioni uditive e fonatorie previste dalla Legge n.381/70.					
4 INVALIDO con riduzione permanente della capacita' lavorativa non inferiore ad 1/3 (L.118/71 e D.lgs. 509/88): %					
5 INVALIDO con riduzione permanente della capacita' lavorativa in misura superiore ai 2/3 (L. 118/71): %					
6 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilita' lavorativa (L.118/71): 100%					
7 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilita' lavorativa: 100% con impossibilita' di deambulazione senza aiuto permanente di un accompagnatore (L.18/80).					
8 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilita' lavorativa: 100% con necessita' di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (18/80).					
9 MINORE INVALIDO per difficolta' persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua eta' (L.118/71 e L.289/90) %					
10 MINORE IPOACUSICO con perdita uditiva superiore ai 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze di 500-1000-2000 Hertz. (L.289/90).					
11 MINORE con impossibilita' di deambulazione senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.18/80).					
12 MINORE INVALIDO con necessita' di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (L.18/80).					
ULTRA65ENNE INVALIDO per difficolta' persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'eta' (D.Lgs.509/88 e D.Lgs. 124/96) di tipo					
13 LIEVE (34-66%) 14 MEDIO-GRAVE(67-99%) 15 GRAVE (pari al 100% di invalidita')					
16 ULTRA65ENNE INVALIDO con impossibilita' di deambulazione senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.508/88).					
17 ULTRA65ENNE INVALIDO con necessita' di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (L.508/88).					
18 CIECO CON RESIDUO VISIVO E/O CIECO PARZIALE con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10% (L.382/70 e L.138/01)					
19 CIECO ASSOLUTO/TOTALE (L.382/70 e L.508/88 e L.138/01)					
IPOVEDENTE 20 GRAVE 21 MEDIO-GRAVE 22 LIEVE					
23 SORDO (L.381/70 e 508/88).					
DA RIVEDERE FRA:					
PRESIDENTE		Cognome e Nome		Firma	
GERACI GIUSEPPE		CRAPANZANO FILIPPO		Firma	
COMPONENTE		MEDICO DI CATEGORIA		PORTO ANTONINO	
Banno ARCANGLIO		MEDICO DI CATEGORIA		CAMPIONE SALVATORE	
Firma		SEGRETARIO		GIARDINA MARIO GIUSEPPE	

DOCUMENTO VALIDATO FINO AL 27/10/2017
 X 102-01-32
 DOCUMENTO VALIDATO FINO AL 27/10/2017
 COMUNE DI LEONEFORTE
 UFFICIO DI ANAGRAFE
 AO 4364010
 IPZS. S.p.A. - OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI
 LEONEFORTE
 CARTA D'IDENTITÀ
 N° AO 4364010
 DI
 DI NASO
 ANTONINO

Cognome..... DI NASO
 Nome..... ANTONINO
 nato il..... 15/12/1968
 (atto n. 295 P. I. S. A.....)
 a..... LEONEFORTE (..... EN.....)
 Cittadinanza..... ITALIANA
 Residenza..... LEONEFORTE (EN)
 Via..... CASSALORO n. 29
 Stato civile..... STATO LIBERO
 Professione.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura..... 1.78
 Capelli..... CASTANO CHIARI
 Occhi..... AZZURRI
 Segni particolari..... // // // // //

Firma del titolare..... *Di Naso Antonino*
 LEONEFORTE..... li..... 24/10/2007
 Impronta del dito indice sinistro.....
 Euro 5.43
 DORONE DEL SINDACO
 Istruttore di Vigilanza
 (Lo Dico Carmelo)