

OGGETTO: DOMANDA PERMESSI ART. 33 L. 104/92 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI. PORTATORE DI HANDICAP

Al Direttore Generale
dell'ASP di Catania

___L___ sottoscritt___ _____
nat___ a _____ il _____ residente in _____
(C.A.P. n° _____) Via _____ n° _____
Stato Civile _____ Codice Fiscale _____
dipendente di codesta Azienda Sanitaria Provinciale con la qualifica _____
con rapporto di lavoro a Tempo Indeterminato \ Tempo Determinato matr. n° _____, in atto in
servizio presso il l'U.O. _____ sita in
Via _____ Telef. Int. _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche e integrazioni e delle vigenti norme contrattuali, di usufruire per se stessi di 3 (tre) giorni di permesso retribuiti mensili o in alternativa di due ore giornaliere per ogni giorno di lavoro effettivamente prestato, essendo l'___stess___ già stat_ riconosciut_ portatore di handicap grave (ex art. 3, comma 3, L. 104/92) come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell' handicap (integrata ex art. 4 medesima Legge) dell' Azienda Sanitaria Provinciale di _____, in data _____ .

A tal fine ___l___ sottoscritt___, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, consapevole, così come stabilito all'art. 76 del medesimo decreto, delle sanzioni penali per il caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi.

DICHIARA

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia per poter beneficiare della legge 104/92;
2. che nessun familiare, parente ed affine entro il 3° grado di parentela, lavoratore, ha chiesto di fruire i permessi retribuiti della legge 104/92 art. 33 modificato con legge n. 183/2010, per assistere ___l___ sottoscritt___ .

3. Il sottoscritto necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
4. essere 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 dei disabili;
5. Autorizza L'Azienda al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del D.L.vo 30\6\2003 n 196;
6. che, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività lavorativa e dei turni, si impegna a comunicare al Dirigente dell'U.O. di appartenenza le assenze dal servizio preventivamente e con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese;

NOTE _____

Si impegna a comunicare entro giorni 5 dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente e da cui, comunque possa conseguire la perdita della legittimazione alle agevolazioni richieste.
Autorizza l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del D.L.vo 30\3\2003 n. 196.

(luogo e data)

IL RICHIEDENTE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA

Si attesta che il richiedente Sig.

- ha reso e sottoscritto in mia presenza la dichiarazione di cui sopra.
- ha allegato copia non autenticata di un proprio documento di riconoscimento.
- ha inviato il documento con sottoscrizione tramite firma digitale.

(luogo e data)

(Il funzionario incaricato)