

DOMANDA PER USUFRUIRE DEI PERMESSI EX ART. 33 L. 104/92 E SUCCESSIVE MODIFICHE PER ASSISTERE UN FAMILIARE DISABILE GRAVE

Al Direttore Generale
dell' A.S.P. DI CATANIA

Il sottoscritto/a _____ nata _____
il _____ residente nel Comune di _____
cap _____ in Via _____ n. _____
codice Fiscale _____ stato civile _____
dipendente di questa A.S.P. con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato \ determinato
con la qualifica di _____ matr. n. _____ in atto in servizio presso l'U.O.
_____, Tel. Int. _____; con rapporto di lavoro a part-
time:

- orizzontale: con una riduzione lavorativa del _____ % ;
- verticale: con una riduzione lavorativa del _____ % ;

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 della L. 104/92 e successive modifiche ed integrazioni e delle vigenti norme contrattuali, di poter usufruire di tre (3) giorni o 18 ore di permesso retribuito mensile, per poter assistere ..l.. proprio/a familiare (specificare rapporto di parentela) _____ (Nome e Cognome) _____
nato a _____ il _____ e
residente a _____ in Via _____ N. _____
Codice Fiscale _____ riconosciuto/a portatore di handicap in
situazione di gravità (art. 3, comma 3 L. 104/92) con giudizio medico definitivo ovvero rivedibile
entro anni _____ come da Verbale di Visita Medico Collegiale della Commissione Medica per
l'accertamento dell'Invalidità, istituita ai sensi dell'art. 4 della L. 104/92, dell'ASP
di _____ in data _____.

A tal fine il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- a. che il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato presso alcuna struttura;
- b. di essere il **referente unico** per l'assistenza al congiunto disabile, per il quale sono state chieste le agevolazioni;
- c. che nessun altro familiare e/o affine entro il 2° grado, lavoratore, beneficia dei permessi per assistere il medesimo congiunto disabile; al fine di permettere a codesta ASP l'effettuazione dei necessari controlli qui di seguito si indica l' esatta denominazione e indirizzo del datore di lavoro dei seguenti altri familiari entro il 2° grado di parentela/affinità:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- d. che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

- e. che è 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 del disabile;
- f. che il\la sottoscritto\va, 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;

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il\la sottoscritto\va, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, nel caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

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)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in Via _____ n° _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE:

di essere lavoratore dipendente presso la ditta _____

Via _____ n° _____ città _____

Altro: _____
(specificare attività)

Dichiaro, inoltre, di non usufruire dei permessi di cui all' art. 33 Legge 104/92 per l'assistenza al familiare _____.

Il dichiarante

Lì _____

Si allega copia fotostatica di documento di identità (non autenticato).

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Provinciale Catania.

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data _____

Firma _____