



U.O.C.\Distretto\P.O.

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANIA

AL DIRIGENTE RESPONSABILE DEL

SEDE

OGGETTO: Permessi retribuiti ex art. 33, comma 6, della legge 104\92.

Il\La Sottoscritto\ta matr.

Qualifica..... in servizio presso la struttura indicata in epigrafe, residente in.....via.....

n... chiede di poter usufruire dei permessi retribuiti mensili ai sensi dell'art 33, comma 6, della legge 104\92 e s.m.i;

a) gg... dal... al... del mese di... (massimo n.3gg mensili);

b) N. ore giornaliere ... dal... al... del mese di... (massimo n.2 ore giornaliere) .;

Catania.....

Il\La Richiedente

A tal fine ...l... sottoscrittola, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

dichiara

1. che con la deliberazione n..... del..... la... sottoscrittola è stato\ta autorizzato\ta a fruire dei benefici di cui all'oggetto;
2. permangono tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente che disciplina le norme in materia di permessi retribuiti ai sensi della legge 104/92 e, s.m.i.;
3. in atto persiste lo stato di gravità dell'handicap;
4. che il Verbale di accertamento della legge 104/92 della Commissione Medica Competente non ha subito alcuna variazione nè è stato revocato;
5. che si impegna a comunicare, entro giorni 5 dal loro verificarsi, le eventuali variazioni delle situazioni autocertificate con la presente e di altre situazioni dalle quali, comunque, possa conseguire la perdita della legittimazione alle agevolazioni richieste.
6. Il\La sottoscritto\ta, 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.
7. Autorizza l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del D.L.vo 30\3\2003 n. 196.

Catania lì.....

IL\LA DICHIARANTE

Si allega copia documento di identità.

VISTO:

IL RESPONSABILE DELL'U.O.

(Timbro e firma)