

SETTORE GESTIONE RISORSE

UMANE E RELAZIONI

SINDACALI

via Messina, 829

95126 CATANIA

Telefono

095 7262451

FAX

095 7262701

WEB

www.ospedale-cannizzaro.it

DATA

PROT. N°

Al Direttore Generale

Azienda Ospedaliera per l'Emergenza
"Cannizzaro"

Via Messina n° 829 - Catania

Oggetto: Richiesta **Rinnovo** autorizzazione **Anno 2016** per fruizione permessi ex art. 33 Legge n° 104/1992 e successive di m.i..

Fruizione da parte del dipendente, portatore di handicap grave.

Il/La sottoscritto/a _____ Matricola n° _____ nato/a a _____
il ____/____/____, Codice _____ Fiscale _____
residente a _____ in via _____
n° _____, tel. n° _____, dipendente dal ____/____/____ con la
qualifica di _____ in servizio presso l'Unità Operativa/Servizio di
_____ di questa Azienda Ospedaliera per l'Emergenza, autorizzato nell'anno
2015 a fruire dei permessi previsti dalla Legge n° 104/1992,

CHIEDE

il rinnovo dell'autorizzazione per l'Anno 2016, in quanto sussistono le stesse condizioni, optando per la fruizione **(specificare se giornaliera, ovvero tre giorni al mese oppure se oraria)**

_____,
A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito, ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese, oltre ad incorrere nelle sanzioni disciplinari previste dall'art. 55 quater c. 1 lett. a) e 55 quinquies, commi 1 e 2 del D.Lgs. n° 165/2001, decadrà dal diritto ai benefici (art. 33 c. 7bis Legge n° 104/1992, introdotto dall'art. 24 della Legge n° 183/2010)

DICHIARA

di essere soggetto portatore di handicap con connotazioni di **gravità permanente/fino al** _____;
di necessitare delle agevolazioni per i bisogni legati alla propria situazione di disabilità;

di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela dei disabili;

di impegnarsi a comunicare ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

di impegnarsi, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa che, salvo situazioni di emergenza da documentare, per la fruizione dei permessi, comunicherà al proprio Responsabile di U.O. le assenze dal servizio con congruo anticipo, possibilmente con riferimento all'intero arco temporale del mese;

di autorizzare, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n° 196/2003, il trattamento dei dati forniti per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta.

Allega copia del proprio documento di riconoscimento.

Data ____/____/2016

Il sottoscritto
