

AL DIRETTORE GENERALE

**Azienda Ospedaliera per l'Emergenza
"Cannizzaro"
Via Messina n° 829 - Catania**

Oggetto: Richiesta **Rinnovo** autorizzazione **Anno 2017** 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 con provvedimento amministrativo, nell'anno 2016, a fruire dei permessi previsti dalla Legge n° 104/1992,

CHIEDE

il rinnovo dell'autorizzazione per l'Anno 2017, in quanto sussistono le stesse condizioni di cui al provvedimento suddetto, 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

che sussistono tutte le condizioni ed i presupposti per la legittima fruizione dei benefici richiesti, di seguito elencate (non occorre indicarle, poiché la sottoscrizione del modulo equivale a implicita dichiarazione di esistenza delle condizioni elencate):

- 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;

SI ALLEGA: Copia del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, della Legge n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009, attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992.

IL DICHIARANTE

_____, li _____

Allegare fotocopia del proprio documento di identità.

Indicare il proprio recapito telefonico e l'indirizzo di posta elettronica, al quale l'Ufficio potrà inviare eventuali richieste di informazione o di integrazione in merito alla pratica:

Tel: _____ E-mail: _____

Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili del dipendente ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003

Si informa che i dati personali e sensibili che Lei riguarda e da Lei forniti saranno trattati dall'Azienda mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il trattamento dei dati è effettuato per adempiere alle finalità previste dagli istituti che disciplinano il rapporto di lavoro, così come regolamentati da leggi, contratti e accordi di lavoro. Tale trattamento non necessita del consenso in quanto è conseguente agli obblighi derivanti dal rapporto di lavoro. In caso di rifiuto al conferimento dei dati indicati l'ufficio potrebbe essere impossibilitato a gestire l'istituto richiesto.