



AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA

ALL. B

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 - Anno 2016 - per fruizione permessi ex art. 33 Legge n° 104/1992 e successive di m.i.. **per assistenza a parente portatore di handicap in condizioni di gravità.**

IL SOTTOSCRITTO **COGNOME** _____ **NOME** _____,
AUTORIZZATO A FRUIRE NELL'ANNO 2015 DEI PERMESSI IN OGGETTO, **CHIEDE IL RINNOVO PER LA FRUIZIONE** DEGLI STESSI PER L'ANNO 2016, IN QUANTO SUSSISTONO LE MEDESIME CONDIZIONI, E DICHIARA QUANTO SEGUE:

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE:

LUOGO e DATA DI NASCITA _____
RESIDENZA _____ Via _____ Tel. _____
CODICE FISCALE: _____
MATRICOLA N. _____ QUALIFICA _____ c/o
Servizio/U.O. _____ Cell. N° _____ TEL. UFFICIO _____
TEMPO PIENO _____ oppure PART TIME _____ %

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP GRAVE:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IN _____
DATA _____ RESIDENZA IN _____ VIA _____
N. _____ TEL. N. _____

CODICE FISCALE: _____

PORTATORE DI HANDICAP GRAVE

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE

RICOVERATO A TEMPO PIENO SI NO

RICOVERATO A TEMPO PIENO presso Istituti Specializzati
(per i figli inferiori anni 3) SI NO

IN CASO DI NON CONVIVENZA INDICARE:

- Distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente e l'abitazione del portatore di handicap: km. _____.
-

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, INOLTRE:

Di prestare assistenza al proprio parente e che nessun altro parente o affine usufruisce dei permessi in parola per l'assistenza al suddetto parente in situazione di handicap grave;

Di essere 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;

Di 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;

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

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

Di impegnarsi a fruizione dei permessi in questione, ove possibile, disgiuntamente da eventuali assenze dal servizio a titolo di congedo ordinario o residuo;

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:

- 1) **copia del proprio documento di riconoscimento;**
- 2) **copia del documento di riconoscimento del proprio parente portatore di handicap grave;**
- 3) **Modulo A.**

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n° 445, ai sensi e per gli effetti dell' art. 46 del citato D.P.R. n° 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità. Inoltre, dichiara di essere consapevole che le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, colui che l'ha resa può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Data ____/____/2016

Il sottoscritto

Modulo A
(DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE)

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETA' E DI CERTIFICAZIONE
(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445)

Il/La sottoscritto/a

Nato/a il ____/____/____ a _____ Prov. _____ C.F.: _____

Residente a _____ Prov. _____ Via/Piazza _____ n° _____

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti falsi e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del T.U. sulla documentazione amministrativa del D.P.R. n° 445/2000:

DICHIARA

di essere in stato di handicap grave, accertato dalla Commissione (art. 4, L. n. 104/92) di _____;

di non essere ricoverato/a a tempo pieno;

di essere assistito **PER L'ANNO 2016** dal proprio parente (Indicare Cognome e Nome del Parente che lo deve assistere) _____ richiedente i permessi di L. 104/92.

Catania, ____/____/____

Il Dichiarante

N.B.: La presente dichiarazione deve essere scritta dall'interessato e corredata da fotocopia non autenticata di un documento d'identità del dichiarante.