S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A PERSONE DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

Il/la sottoscritto/a .....Codice fiscale.....nato/a il .....

a ..... (Prov.....) Stato..... Cittadinanza..... residente a ..... (Prov.....)

in Via/Piazza ..... n°..... telefono..... E-Mail.....

in servizio dal ..... con la qualifica di .....presso.....

Grado di parentela con il disabile.....

DATI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

Cognome ..... Nome .....Codice fiscale.....nato/a il.....

a ..... (Prov....) Stato..... Cittadinanza.....residente a .....

(Prov.....) in Via/Piazza..... n° ..... Telefono .....

C H I E D E

di beneficiare dei tre giorni di permesso mensile previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 in qualità di lavoratore che assiste persona con handicap in situazione di gravità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 19, 46 e 47 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

- Di svolgere attività lavorativa:
  - ☐ a tempo pieno
  - ☐ part-time ☐ orizzontale ☐ verticale: n. giorni lavorativi .....
- Che la Commissione dell'Azienda Sanitaria di ....., nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992):
  - ☐ con rivedibilità prevista ..... ☐ senza rivedibilità
- Che il verbale di riconoscimento dell'handicap, allegato alla presente istanza, è copia conforme all'originale.
- Che la persona con disabilità grave non è ricoverata a tempo pieno.
- Che nessun altro familiare, unito civilmente o convivente di fatto beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave.
- Che altro familiare, unito civilmente o convivente di fatto beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave alternativamente.
- 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.
- Che a seguito dell'accoglimento della domanda da parte dell'Amministrazione, comunicherà tempestivamente eventuali mutamenti o cessazioni delle situazioni di fatto e di diritto che comportano il venir meno della titolarità dei benefici e aggiornerà la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'Amministrazione.
- Che **salvo <u>dimostrate</u> situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, comunicherà al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività lavorativa.**
- Di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

(solo nel caso in cui il richiedente è un parente o affine di terzo grado)

☐ Che i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità hanno compiuto i sessantacinque anni di età.
☐ Che i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità sono anch'essi affetti da patologie invalidanti.
☐ Che i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità sono deceduti o mancanti.

N.B. I tre giorni di permesso mensile possono essere fruiti anche in maniera continuativa, ma non possono essere fruiti ad ore considerato che quest'ultima possibilità non è disciplinata dai CCNL della sanità pubblica.

Data .....

Il Dichiarante

Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi degli articoli 38 e 39 DPR n. 445/2000 allegando alla presente fotocopia del documento d'identità