

**Al Responsabile Servizio Personale
ASL CAGLIARI**

DOMANDA DI PERMESSI Legge 104/92, art. 33 comma 6
Modello per il dipendente portatore di handicap

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

SERVIZIO/PRESIDIO	POSIZIONE FUNZIONALE	MATRICOLA

a tempo ☐ **indeterminato** ☐ **determinato** ☐ **tempo pieno** ☐ **tempo parziale**

RESIDENZA	C.A.P.	VIA/PIAZZA	TELEFONO

CHIEDE

di poter fruire di ☐ **3 giorni mensili** ☐ **2 ore giornaliere**

ai sensi dell'art. 33, 6° comma della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente a questa ASL le eventuali modifiche inerenti sia alla modalità di fruizione che ai benefici in argomento.**

ALLEGA

- **Copia autenticata del certificato rilasciato dalla competente commissione per l'accertamento dell'handicap.**

I dati di cui alla presente domanda vengono richiesti per l'applicazione dell'art. 24 L. 183/2010 ed, in particolare, per l'esecuzione degli adempimenti previsti nei commi 5 e 6.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000**

Il/la sottoscritto/a _____ nat a _____ il ____/____/____

Residente a _____ c.a.p. _____ Via _____ n° _____

Consapevole

- delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000
- del fatto che, in caso di presentazione di documenti falsi o non più rispondenti alla realtà, decadrebbe immediatamente dall'eventuale beneficio acquisito

DICHIARA

- **CHE LA FOTOCOPIA DEL VERBALE ALLEGATO ALLA PRESENTE ISTANZA, RILASCIATO DALLA COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP DI CUI ALLA LEGGE 104/92 IN DATA ____/____/____ E' CONFORME ALL'ORIGINALE;**
- **CHE QUANTO DICHIARATO NELLA PRESENTE ISTANZA CORRISPONDE AL VERO.**

Data _____

Firma
