

Al Responsabile Servizio Personale
ASL CAGLIARI

DOMANDA DI PERMESSI Legge 104/92, art. 33 comma 3

Modello per assistenza parenti e affini

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

ai sensi dell'art. 33, 3° comma della Legge 5 febbr aio 1992, n. 104 (vedi L. 183/2010), per prestare assistenza a:

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

COMUNE DI RESIDENZA	RAPPORTO DI PARENTELA (con il dipendente)	QUALITA' (lavoratore, pensionato ecc..)	DATI DEL DATORE DI LAVORO

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazione non veritiere

DICHIARA

- di prestare assistenza alla persona sopraindicata, con la quale intercorre il rapporto di coniugio, parentela o affinità entro il grado di seguito specificato:
 - ☐ coniuge;
 - ☐ 2° grado: genitori, figli, sorelle, fratelli, nonni, nipoti (figli dei figli), suoceri, generi, nuore, cognati;
 - ☐ 3° grado: zii, nipoti (figli di fratelli o sorelle) - qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti; condizione questa da attestare con relativa dichiarazione sostitutiva;
- che nessun altro parente o affine fruisce dei benefici suddetti allo stesso titolo;
- che la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente a questa ASL le eventuali modifiche inerenti ai suddetti permessi.

ALLEGA

- Copia autenticata del certificato rilasciato dalla competente commissione per l'accertamento dell'handicap;
- altra documentazione attinente alla presente istanza:

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
