AL RESPONSABILE SERVIZIO PERSONALE
ASL DI CAGLIARI

DOMANDA DI PERMESSI
Legge 104/92, art. 33 comma 6
Modello per dipendente con handicap in situazione di gravità
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**

DOMICILIO	C.A.P.	VIA /PIAZZA	TELEFONO

CHIEDE

di poter fruire di ☐ **tre giorni mensili** ☐ **due 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 ai suddetti permessi.

Ai sensi dell'art. 10 della Legge 31.12.1996, n. 675, e successive modificazioni e integrazioni, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei propri dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di altri soggetti; 4) alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla propria richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

ALLEGA

☐ copia autenticata del certificato rilasciato dall'organismo abilitato in cui risulta che il medesimo ha un handicap in situazione di gravità;

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____/_____/_____ e residente a _____ c. a. p. _____

in via _____ n° _____ telefono _____

CONSAPEVOLE

- ❑ delle sanzioni penali nel 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 rispondenti alla realtà, decadrebbe immediatamente dall'eventuale beneficio acquisito;

CON RIFERIMENTO

alla propria istanza diretta ad ottenere i benefici previsti dalla Legge 104/92, presentata presso l'Azienda U.S.L. N°8 di Cagliari in data _____/_____/_____;

DICHIARA

CHE LA FOTOCOPIA DEL VERBALE ALLEGATO ALLA DOMANDA DI CUI SOPRA, RILASCIATO DALLA COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL' HANDICAP DI CUI ALLA LEGGE 104/92 IN DATA _____/_____/_____ É CONFORME ALL'ORIGINALE IN POSSESSO DEL SOTTOSCRITTO.

_____

(luogo e data)

il dichiarante

_____