

**AL DIRETTORE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI SASSARI**

**OGGETTO:** richiesta permessi ai sensi dell'art. 33 Legge 104/92 per assicurare la continuità dell'assistenza a persona disabile.

\_\_\_/\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. abitazione/cell. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
matricola n° \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ referente della Struttura (Dir. o IFO) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di beneficiare dei permessi retribuiti dalla legge 104/1992 art. 33 e successive modifiche in qualità di:

- lavoratore disabile richiedente i permessi, ovvero
- parente, affine o coniuge di \_\_\_\_\_ (indicare la persona con disabilità)  
specificare la parentela **dell'assistito:** (padre/madre: nonno/a; zio/a) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**Artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445**

**Consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per le dichiarazioni mendaci e false rese ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000 il sottoscritto dichiara:**

- che la famiglia anagrafica della persona disabile per la quale vengono chiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Attività lavorativa	Datore di lavoro

- altri parenti e/o affini Dipendenti entro il II° grado della persona disabile assistita

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Attività lavorativa	Datore di lavoro

- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi NON è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap, e di essere quindi Referente Unico dei benefici previsti;
- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato;
- di NON essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane, non essendoci parenti od affini entro il 2° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori che possano fornire assistenza.

Solo per coloro che richiedo i permessi in qualità di disabile lavoratore:

- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

tre giorni al mese;       due ore al giorno, dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente 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.

Data \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante

\_\_\_\_\_

Allegare:

- copia f/r del documento d'identità del dichiarante/beneficiario;
- copia f/r del documento d'identità della persona assistita;
- verbale di riconoscimento handicap grave (articolo 3 comma 3);