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.

☐ di avere informato della presente richiesta il proprio Responsabile o la propria I.F.O., ai fini dell'organizzazione di reparto/servizio.

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);