AL DIRETTORE DELLA SC RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI
DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI SASSARI

OGGETTO: Richiesta congedo retribuito per assistenza a persone con handicap grave, ai sensi dell'articolo 80 comma 2 delle Legge n°388/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

___/___ sottoscritt _____ nat __ a _____ il _____ residente a _____ in via _____ C.A.P. _____ cell._____ codice fiscale _____ matricola n._____ in servizio presso _____ con la qualifica di _____Direttore del Servizio o IFO_____

CHIEDE

la concessione di un congedo retribuito di _____ giorni:

- ☐ per il periodo continuativo dal _____ al _____
- ☐ per il periodo frazionato (allegare la specifica dei giorni richiesti)

per assistere: _____ _____
cognome e nome titolo di parentela dell'assistito

di cui si allega copia del verbale di riconoscimento handicap grave.

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 per la quale vengono chiesti i permessi è così costituita:

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

Dichiara inoltre:

- ☐ di assistere in via continuativa la persona sopra indicata:
- ☐ 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 ed ivi residente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato, di cui si allega certificato di residenza se nello stesso Comune o dichiarazione di domicilio temporaneo se la Residenza del beneficiario è diversa da quella del disabile.
- ☐ di impegnarsi a comunicare immediatamente 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, in ordine alle date di inizio e fine del congedo, il proprio Responsabile o la propria I.F.O., ai fini dell'organizzazione di reparto/servizio.

Data _____ Il/la Dichiarante

_____

ATTENZIONE, allegare:

- copia del documento d'identità (fronte/retro) della persona assistita;
- verbale di riconoscimento handicap grave (articolo 3 comma 3);
- copia del documento d'identità del dichiarante/beneficiario;
- certificato di residenza del beneficiario;
- certificato di residenza del disabile;