

**ASSENZE PER PERMESSI MENSILI RETRIBUITI AI SENSI
DEL COMMA 3 DELL'ART. 33 DELLA LEGGE 104/92**

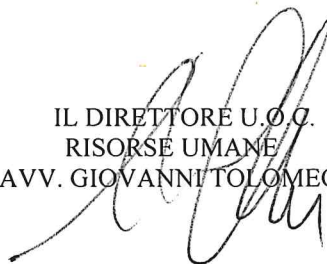
AVVISO

A TUTTO IL PERSONALE DIPENDENTE INTERESSATO

SI RAMMENTA CHE ENTRO IL 31/12/2017 VA INVIATO ALLA DIREZIONE RISORSE UMANE LA DICHIARAZIONE DELLA PERMANENZA DEI REQUISITI PER FRUIRE DEI PERMESSI DELLA LEGGE 104/92, UTILIZZANDO L'ALLEGATA MODULISTICA:

- 1) TITOLARI DI HANDICAP;
- 2) PARENTE CHE ASSISTE IL PORTATORE DI HANDICAP.

IL DIRETTORE U.O.C.
RISORSE UMANE
AVV. GIOVANNI TOLOMEO



Per ulteriore chiarimenti e informazioni potranno rivolgersi alla Sig.ra Teresa Gambuzza telefono 0932/600735.

Alla Direzione Generale
Dell'Azienda Sanitaria Provinciale
RAGUSA

Oggetto: permessi mensili retribuiti ai sensi del comma 3° dell'art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni introdotte dagli artt. 19 e 20 della L. n. 53/2000. --

RINNOVO AUTORIZZAZIONE TITOLARI DI HANDICAP

**ISTANZA CONTENENTE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DI
ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

il / la sottoscritt _____

nato a _____ il _____ residente in _____

_____ via _____ n. _____

dipendente di questa Azienda con la qualifica di _____

in servizio presso _____ sede di _____

n. telefonico _____ matr. n. _____

a conoscenza delle **sanzioni penali** richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal decreto stesso;

a conoscenza altresì che le dichiarazioni contenute nella presente istanza, qualora abbiano un contenuto non veritiero comportano, oltre alle predette sanzioni, la **decadenza dai conseguenti benefici**.

C H I E D E

Il rinnovo per l'anno 20__ della autorizzazione n. _____ del _____ precedentemente concessa per la fruizione dei benefici di cui all'art. 33 comma 3° della Legge 104/92. A tal fine

D I C H I A R A

Che restano immutati i presupposti già valutati in occasione della istanza iniziale pertanto:

- ☐ nessun altro parente o affine entro il 3° grado gode di analogo permesso per lo stesso disabile;
- ☐ non si è proceduto a rettifiche o non è stato revocato o modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap;
- ☐ ovvero sono intervenute le seguenti variazioni: _____

Che è a conoscenza che quanto sopra dichiarato sarà oggetto di verifica d'ufficio da parte dell'AZIENDA attraverso il Settore Personale

il / la sottoscritt _____ dichiara inoltre che con la sottostante firma si intendono rilasciate tutte le dichiarazioni di cui ai precedenti punti.

Luogo e data _____
Il presente modello deve pervenire entro il 15 dicembre di ogni anno

Il dichiarante _____

Allegare fotocopia di un valido documento di riconoscimento

Alla Direzione Generale
Dell' Azienda Sanitaria Provinciale
RAGUSA

Oggetto: permessi mensili retribuiti ai sensi del comma 3° dell'art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni introdotte dagli artt. 19 e 20 della L. n. 53/2000. -- **RINNOVO AUTORIZZAZIONE**

**ISTANZA CONTENENTE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DI
ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

il / la sottoscritt _____

nato a _____ il _____ residente in _____

_____ via _____ n. _____

dipendente di questa Azienda con la qualifica di _____

in servizio presso _____ sede di _____

n. telefonico _____ matr. n. _____

a conoscenza delle **sanzioni penali** richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal decreto stesso;

a conoscenza altresì che le dichiarazioni contenute nella presente istanza, qualora abbiano un contenuto non veritiero comportano, oltre alle predette sanzioni, la **decadenza dai conseguenti benefici**.

CHIEDE

Il rinnovo per l'anno 20__ della autorizzazione n. _____ del _____ precedentemente concessa per la fruizione dei benefici di cui all'art. 33 comma 3° della Legge 104/92. A tal fine

DICHIARA

Che restano immutati i presupposti già valutati in occasione della istanza iniziale pertanto (barrare le voci di interesse) :

- ☐ il / la sottoscritt _____ assiste con continuità il parente o l'affine disabile;
- ☐ nessun altro parente o affine entro il 3° grado gode di analogo permesso per lo stesso disabile;
- ☐ non si è proceduto a rettifiche o non è stato revocato o modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap;
- ☐ il disabile non si trova ricoverato presso istituti o case di cura pubbliche o private;
- ☐ nessun altro convivente è stato nel frattempo inserito nel nucleo familiare del disabile;
- ☐ ovvero sono intervenute le seguenti variazioni: _____

Che è a conoscenza che quanto sopra dichiarato sarà oggetto di verifica d'ufficio da parte dell'AZIENDA attraverso il Settore Personale

il / la sottoscritt _____ dichiara inoltre che con la sottostante firma si intendono rilasciate tutte le dichiarazioni di cui ai precedenti punti.

Luogo e data _____
Il presente modello deve pervenire entro il 15 dicembre di ogni anno

Il dichiarante _____

Allegare fotocopia di un valido documento di riconoscimento