

MODELLO 104 - A01 inviare all'indirizzo e.mail: richiesta.legge104@uslcentro.toscana.it
(compilare in carattere stampatello - segnare l'opzione prescelta con una X)

DOMANDA DI PERMESSO MENSILE, AI SENSI L.104/92 e smi, FRUIBILE A GIORNI o AD ORE
(PER SE STESSO)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A IL _____
A _____ PROV. _____ C.F. _____ RESIDENTE IN
VIA _____ COMUNE _____
PROV. _____ RECAPITO TELEFONICO _____
E.MAIL
AZIENDALE _____ MATR.: _____
DIPENDENTE CON PROFILO PROFESSIONALE _____
IN SERVIZIO PRESSO _____ SEDE _____ TEL. _____
NOME E COGNOME DEL RESPONSABILE: _____
E.MAIL DEL RESPONSABILE _____
TEL. DEL RESPONSABILE _____

CON RAPPORTO DI LAVORO:

A TEMPO INDETERMINATO

A TEMPO DETERMINATO

A TEMPO PIENO

A TEMPO PART-TIME :

VERTICALE (____%) NUMERO GIORNI LAVORATI (____)

ORIZZONTALE (____%)

MISTO (____%)

CHIEDE di FRUIRE

N. _____ giorni di permessi retribuiti mensili ai sensi della L. 104/92 e smi (art. 33 c.3);

N. _____ ora/ore di riposi giornalieri retribuiti ai sensi della L. 104/92 e smi (art. 33 c.2);

per se stesso, in quanto affetto/a da patologia specificata nel Certificato attestante lo stato di handicap in situazione di gravità rilasciato il _____ da _____

lo stato di handicap in situazione di gravità risulta NON rivedibile

lo stato di handicap in situazione di gravità risulta rivedibile: ANNO _____ MESE _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza delle sanzioni previste dal D.P.R. 445/00 e dal Codice Penale per le dichiarazioni in atti falsi e mendaci, **DICHIARA** che le notizie fornite nella presente istanza rispondono a verità:

- Di essere "portatore di handicap in situazione di gravità" come da certificazione allegata;
- Di essere consapevole che la possibilità di fruire di detti benefici comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- Di impegnarsi, in caso di esito negativo dell'accertamento dello stato di handicap in situazione di gravità, a giustificare l'assenza dal servizio ad altro titolo (ferie, recupero orario, etc);

- Di essere consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, nel caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti;
- Che le fotocopie allegate sono conformi agli originali in suo possesso ai sensi dell'art. 19 D.P.R. 445/2000;
- Di non usufruire dei permessi ex legge 104/92 per altri familiari;
- Di usufruire dei permessi ex legge 104/92 per _____(indicare il grado del familiare);

SI IMPEGNA, inoltre, a comunicare immediatamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate, che fanno venir meno il diritto alla fruizione del benefico del congedo, ed in particolare:

1. la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della competente Commissione;
2. la fruizione dei permessi, per la propria persona, da parte di altri familiari. Nel qual caso proposto si impegna a fornire ogni qualvolta adeguata documentazione al riguardo;
3. Qualsiasi altra variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente istanza.

DICHIARA, altresì, di essere informato, relativamente al trattamento di eventuali dati sensibili, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/03 e, pertanto, acconsente, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la richiesta ed alle eventuali verifiche della modalità di fruizione.

Data _____

FIRMA _____

Documentazione allegata:

1. Certificato rilasciato dalla competente Commissione Medica attestante lo stato di gravità dell'handicap;
 2. Copia documento di identità.
- Altro (indicare) _____