

La/il sottoscritta/o		matr.	
nata/o a		il	
cod. fiscale		residente a	
in via			
in servizio presso			tel.
categoria		con rapporto di lavoro a tempo <input type="checkbox"/> indeterminato <input type="checkbox"/> determinato	
Part-time al		%	data di assunzione

### CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in quanto:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

### DICHIARA

#### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

che l'ASL di		nella seduta del	
--------------	--	------------------	--

ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

nome		cognome	
cod. fiscale		grado di parentela	
data adozione/affido		data di nascita	
luogo di nascita		residente a	
prov.		via/piazza	n.

come risulta dalla certificazione che si allega.

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi è dipendente pubblico presso

- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è dipendente pubblico;  
 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 soggetto portatore di handicap;

O P P U R E

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore) se impiegato specificare l'amministrazione di appartenenza

di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;

O P P U R E

- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità ed esclusività l'assistenza allo stesso;
- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità (solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore);
- tre giorni al mese
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato 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.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

data

e-mail

La/il sottoscritta/o