

<input type="text"/>	La/il sottoscritta/o	<input type="text"/>	Matricola
<input type="text"/>	Nata/o a	<input type="text"/>	il
<input type="text"/>	Cod. fiscale		
<input type="text"/>	residente a	<input type="text"/>	In Via
<input type="text"/>	In servizio presso	<input type="text"/>	Tel.
<input type="text"/>	Categoria	con rapporto di lavoro a Tempo <input type="checkbox"/> indeterminato <input type="checkbox"/> determinato	
		<input type="checkbox"/> Part-time al <input type="text"/> % - data di assunzione <input type="text"/>	

C H I E D E

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,

D I C H I A R A

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)

<input type="text"/>	Che l'ASL di	<input type="text"/>	Nella seduta del
ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:			
<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>	Nome
<input type="text"/>	Cod. Fiscale	<input type="text"/>	Grado di parentela
<input type="text"/>	Data adozione/affido	<input type="text"/>	Data di nascita
<input type="text"/>	Residente a	<input type="text"/>	Luogo di nascita
<input type="text"/>	Via/Piazza	<input type="text"/>	Prov.
		<input type="text"/>	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;

Oppure

- 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;

Oppure

- 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/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.

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