

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
"ANTONIO CARDARELLI"
Via Antonio Cardarelli, 9 - 80131 NAPOLI**

**AL DIRETTORE
Gestione Risorse Umane**

S E D E

Il sottoscritto nato il
dipendente di questa Azienda con la qualifica di
a tempo matr. in servizio presso U.O.
..... Tel. Int. Cell.

Assunto il **CHIEDE**

di poter usufruire dei permessi retribuiti previsti dall'art.33 Legge 104/92 per il Sig.

.....
(indicare nome e grado di parentela del portatore di handicap Legge104/92)
nella misura di

A tal fine allega alla presente:

certificato di handicap grave rilasciato da
nei confronti di

.....
firma

Napoli li

ALLA U.O.C. Gestione Risorse Umane

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n.445)

.l. sottoscritto nato il
a residente a
in via CAP Reparto
tel. int. Cell. Matricola
Codice Fiscale

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

D I C H I A R A

- 1) Che .l. Sig. (.....)
Cod. fisc. Grado Parentela
Residenza ed indirizzo
affetto da handicap in situazione di gravità è vivente e non è ricoverato a tempo pieno.
- 2) Che il portatore di handicap è / non è un pubblico dipendente;
ed è in servizio presso l'Amministrazione:
- 3) Che nessun altro familiare fruisce per lo stesso motivo dei benefici previsti dalla legge
- 4) Di impegnarsi a comunicare immediatamente a codesta U.O.C. qualsiasi variazione delle condizioni che consentono di fruire dei benefici previsti dalla suddetta legge.

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della Legge 675/96, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Napoli li
.....
Firma

Firma del dipendente addetto a ricevere la dichiarazione

.....
Estremi documento di riconoscimento

.....