

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.

Genitore / Figlio/ Coniuge del portatore di handicap

Sig.
(indicare nome e grado di parentela del portatore di handicap riconosciuto ai sensi della legge
104/92)

C H I E D E

Di poter usufruire di un periodo di congedo previsto dall'art.42 del decreto legislativo
26.03.01 n.151 a decorrere dal al

A tal fine allega alla presente:

- 1) Certificato di handicap grave rilasciato da
nei confronti di
- 2) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di convivenza con la persona handicappata.

.....
(firma)

.....
Si autorizza il periodo
Resp. Servizio

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

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. (.....)
Grado Parentela
- 2) affetto da handicap in situazione di gravità è vivente e non è ricoverato a tempo pieno.
- 3) Che non vi è altro familiare convivente idoneo a prendersi cura del Sig.
..... residente a
in via
- 4) Che nessun altro familiare fruisce per lo stesso motivo dei benefici previsti dall'art.42 del dec. Leg.vo 151/2001.
- 5) Che l'assistenza è esclusiva e continuativa e che il Sig.
è convivente con il sottoscritto.
- 6) Di impegnarsi a comunicare immediatamente a codesta U.O.S.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

.....