

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 a _____ il _____
residente a _____
dipendente di questa Azienda con la qualifica di _____
a tempo _____ matr. _____ in servizio presso U.O. _____
Assunto il _____ Tel/Cell. _____

CHIEDE

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

_____ (indicare nome e grado di parentela del portatore di handicap Legge 104/92)

nat_ a _____ il _____ e residente a _____
_____ Via _____

nella misura di 3 giorni al mese.

INOLTRE CHIEDE

- Che i permessi verranno fruiti, previa comunicazione delle giornate fruiti, in alternativa e sempre nel limite di 3 giorni mensili, dal Sig. _____

nat_ a _____ il _____ e residente a _____
_____ Via _____

Codice fiscale _____ lavoratore presso _____

A tal fine allega alla presente:

certificato di handicap grave rilasciato da _____

Napoli li _____

_____ firma

A tal fine, il/ la sottoscritt _____/_____

DICHIARA

Ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/00

CHE

1. la persona sopra indicata Sig. _____ è stata giudicata in stato di handicap in situazione di gravità dalla Commissione di _____ in data (data della visita) _____ con revisione in data (data scadenza verbale) _____.
2. di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità _____.
Nel caso in cui si è parente/affine di terzo grado della persona disabile è sufficiente la sussistenza di una delle condizioni di seguito elencate:
che la persona disabile in situazione di gravità:
 non è coniugata; è vedova;
 è coniugata, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante;
 ha uno o entrambi i genitori deceduti;
 ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;
3. nessun altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona con handicap in situazione di gravità, fatto salva l'ipotesi della fruizione alternativa dei permessi;
Oppure solo se i permessi sono richiesti per il figlio;
 l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso portatore di handicap in situazione di gravità alternativamente con il/la sottoscritta nel limite massimo di tre giorni (18 ore) complessivi tra i due genitori;
4. la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno;
5. la persona disabile in situazione di gravità risiede in un comune che dista meno di 150Km dalla residenza del sottoscritto.

Dichiara inoltre che:

è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;

si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE DICHIARANTE :

Il/la sottoscritto/a, _____ consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre, dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Data _____

Il Dichiarante _____

Infine allega la seguente documentazione

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L.104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza
- Dichiarazione attestante la composizione dello stato di famiglia della persona disabile in situazione di gravità con l'indicazione della eventuale occupazione lavorativa e della azienda di appartenenza degli altri familiari ;
- Fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente e del portatore di handicap grave.