

DOMANDA DI AMMISSIONE AI PERMESSI PER L'ASSISTENZA AI FAMILIARI IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVE (art. 33, comma 3 legge n. 104/1992 e s.m.i.)

All'ufficio Risorse Umane
del Comune di Ardea
SEDE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

dipendente di questa Amministrazione con contratto a tempo:

- indeterminato
- determinato: dal _____ al _____
- part-time%
- full-time

in servizio presso _____ Tel _____

CHIEDE

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92

a tal fine autocertifica, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

che provvederà all'assistenza del seguente portatore di handicap, in situazione di gravità riconosciuta ai sensi dell'art. 4 della legge 104/92:

Cognome e nome _____ Rapporto di parentela _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

Residente in _____ Via _____ Provincia _____

- che il predetto diritto non è riconosciuto ad altro lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità;
- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.).

Il/La sottoscritto/a è stato informato che:

- i dati forniti sono acquisiti dall'Ufficio Risorse Umane esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003;
- il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto;
- i dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

Allo scopo allega:

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica)

Data

Firma del richiedente