

POLICLINICO TOR VERGATA

ALLA UOC GESTIONE E SVILUPPO
RISORSE UMANE

OGGETTO: richiesta permessi ai sensi dell'art. 33 Legge 104/92 e dell'art. 34 comma 7 dell'A.C.N. 31/03/2020 – personale convenzionato affetto da handicap grave.

DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE

__l__ sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
nat__ in _____ in data _____
abitante in Via _____
città _____ C.A.P. _____ tel. abitazione/cell _____
titolare di rapporto convenzionato ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e le altre professionalità ambulatoriali a tempo indeterminato
Branca/Disciplina _____ presso la
UOC/Struttura _____ a far data dal _____

(compilare in ogni sua parte)

CHIEDE

di usufruire dei permessi previsti dall'art. 33 legge 104/92 e s.m.i., in quanto affetto da handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3.

- Si impegna a comunicare ogni eventuale fatto che possa interessare la fruizione del beneficio (cessazione/ rinnovo).

A TAL FINE

Consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per le dichiarazioni mendaci e false rese ai sensi dell'art.76 DPR 445/2000

DICHIARA

DI ESSERE AFFETTO DA HANDICAP GRAVE AI SENSI DELL'ART. 3, COMMA 3, DELLA LEGGE N.104/92, COME ACCERTATO DALLA COMMISSIONE MEDICA DELLA ASL _____ IN DATA _____, CON CERTIFICAZIONE NON RIVEDIBILE / RIVEDIBILE⁽³⁾ (AVENTE SCADENZA IN DATA _____).

Allegati

- copia del verbale della ASL _____ del _____ di riconoscimento dell'handicap grave, corredata di dichiarazione di conformità all'originale ai sensi del D.P.R. 445/2000 resa dal dipendente, nonché di fotocopia di un documento d'identità del dipendente medesimo.

DICHIARA, ALTRESI', DI ESPRIMERE CON LA PRESENTE IL CONSENSO ALL'UTILIZZO DEI DATI SENSIBILI RELATIVI AL PROPRIO STATO DI SALUTE E ALLA LORO TRASMISSIONE AGLI ENTI ISTITUZIONALMENTE PREPOSTI ALLA TRATTAZIONE DELLA MATERIA (ARTT. 10 E 13 DELLA LEGGE N.675/96 e successive modificazioni)

Data _____ FIRMA _____