

ALLA U.O.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
POLICLINICO TOR VERGATA

OGGETTO: richiesta permessi ai sensi dell'art. 33 Legge 104/92 – dipendente affetto da handicap grave

**(compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile;
moduli compilati in modo incompleto non saranno presi in considerazione)**

 I sottoscritt _____
nat a _____ in data _____
Codice Fiscale _____ residente in Via _____
città _____ C.A.P. _____ tel. abitazione/cell. _____ tel. posto lavoro _____
_____ in servizio presso _____
con la qualifica di _____ **indicare se:** a tempo determinato/indeterminato
e/o tempo pieno/ridotto /part-time ⁽¹⁾ _____ assunt _ in
data _____ matricola _____

CHIEDE

- di usufruire dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/92 in quanto riconosciuto affetto da "handicap grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, e di optare per: ⁽²⁾ _____

Visto del Resp.le per accettazione
(in caso di opzione per riduzione oraria)

- a partire dal mese di _____.
- 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 _____

-
- (1) in caso di part-time indicare se lo stesso è di tipo verticale o orizzontale, la percentuale di attività lavorativa svolta ed il numero dei giorni lavorati (v. provvedimento di concessione del part-time), **per poter procedere a riproporzionare i permessi spettanti**
- (2) indicare se si opta per la fruizione di tre giorni di permesso mensili o per l'orario ridotto giornaliero (riduzione di 2 ore al giorno). In quest'ultimo caso va indicato dettagliatamente l'orario, l'eventuale flessibilità ed apposto il visto del responsabile del servizio per presa visione dell'orario richiesto
- (3) sbarrare la voce che non interessa