

Al Direttore dell'U.O.C.
 Risorse Umane
 A. O. "Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello"
 Viale Strasburgo, 233
 90146 PALERMO
 PEC: RISORSEUMANE.OSPEDALIRIUNITIPALERMO@POSTECERT.IT

Dichiarazione di sussistenza per l'anno 2022, del Lavoratore che ha fruito dei permessi della legge 104/92, per assistenza a familiare.

PARTE PRIMA: Dati anagrafici

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: Maschio Femmina

Data di Nascita: _____ Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: Nazione: _____ Provincia _____ Comune: _____

Residenza: Provincia: _____ Comune: _____ Via/Piazza _____

Domicilio: Provincia: _____ Comune: _____ Via/Piazza _____

Dipendente di questa A.O.O.R. con la qualifica di _____

matricola n. _____ presso l'UOC _____

numero del luogo di lavoro 780 _____ cellulare _____ / _____

mail _____ @ _____

PARTE SECONDA: Dati contrattuali

Livello di inquadramento:

Dirigente Non Dirigente Data presa in servizio: _____

Durata: A tempo indeterminato A tempo determinato

Tipologia di contratto:

A tempo pieno

Parttime Tipo: Orizzontale Verticale Misto Percentuale: _____ %

Data _____

Firma _____

PARTE TERZA: Scheda informativa persona assistita
--

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: Maschio Femmina

Data di Nascita: _____ Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: Nazione: _____ Provincia _____ Comune: _____

Residenza: Provincia: _____ Comune: _____ Via/Piazza _____

Domicilio: Provincia: _____ Comune: _____ Via/Piazza _____

telefono _____ cell. _____

Tipo disabilità:

Non Rivedibile Rivedibile Anno Revisione _____ in atto con iter di revisione

RISPETTO ALL'ASSISTITO IL DIPENDENTE È:

Genitore Coniuge Figlio Parente o affine fino al II Grado

se l'assistito è un figlio indicare:

1. è minore di tre anni: SI NO

2. la fruizione è alternativa con l'altro genitore SI NO l'altro genitore è dipendente pubblico
SI NO se SI quale Amministrazione: _____

Parente o affine al III grado:

motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, I. n. 104 del 1992 e s.m.i.

- Coniuge della persona disabile con età superiore a 65 anni
- Genitori della persona disabile con età superiore a 65 anni
- Coniuge affetto da patologia invalidante
- Genitori affetti da patologia invalidante
- Coniuge deceduto o mancante
- Genitori deceduti o mancanti
- coniugato in condizioni di abbandono
- divorziato
- non ha figli

L'assistito è dipendente pubblico: SI NO

se dipendente pubblico indicare l'Amministrazione: _____

tipo rapporto/contratto: Tempo indeterminato Tempo determinato

Data _____

Firma _____

PARTE QUARTA: Dichiarazioni del dipendente

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

Di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente che disciplina le norme in materia di permessi retribuiti, ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92 e successive modificazioni, **autorizzato con provvedimento n. _____ del _____ con scadenza _____ ovvero in iter di revisione n. _____ R.U. del _____ fino al _____;**

che in atto persiste lo stato di gravità dell'handicap;

di avere fruito durante l'anno **2022** di periodi di congedo retribuito biennale dal _____ al _____ ovvero per complessivi giorni _____;

il giudizio della Commissione è stato **revocato** in data _____ ovvero modificato in data _____;

che il familiare _____ è ricoverato a tempo pieno presso casa di riposo/famiglia/alloggio _____;

che il portatore di handicap grave _____ convive con il lavoratore che chiede i permessi;

che la distanza tra la residenza del beneficiario dei permessi e l'assistito è inferiore a Km.150;

che la distanza tra la residenza del beneficiario dei permessi e l'assistito è superiore a Km.150;

l'assistito è deceduto in data _____;

di essere 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;

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n.° 445;

che in atto nulla è cambiato rispetto a quanto concesso e dichiarato in sede di concessione di legge 104/92;

altro _____;

Agevolazioni fruito:

Avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita: si no;

il rapporto di lavoro è stato trasformato in regime di part-time nel 2022: si no;

Dal _____ Al _____

Ovvero In Corso Percentuale: _____ Tipo: _____

Data _____

Firma _____

PARTE QUINTA: Informativa Privacy e consenso al trattamento dei dati sensibili.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto legislativo 30/06/2003 n.196, "Codice in materia di protezione dei dati personali" , i dati personali ordinari , sensibili e giudiziari eventualmente resi o trattati da codesta U.O.C. Risorse umane e Affari Generali sono raccolti esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali, per finalità strettamente connesse al procedimento amministrativo e per l'esecuzione delle operazioni relative ai benefici richiesti dal dipendente.

A tal fine i dati potranno essere trasmessi a soggetti terzi (nonché al Ministero della Funzione Pubblica, Polizia Municipale) che svolgono funzioni strettamente connesse alla fruizione dei benefici richiesti.

Il trattamento sarà effettuato attraverso l'utilizzazione di strumenti informatici, telematici e cartacei per i quali sono impiegate misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e ad evitarne l'accesso a soggetti non autorizzati, in conformità alle norme di legge e regolamenti.

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, pertinenza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza dei dipendenti e dei loro diritti.

In qualunque momento l'utente può far valere i diritti previsti dal Decreto legislativo 30/06/2003 n.196, in particolare:

- richiedere la conferma dei dati personali che lo riguardano;
- riceverne comunicazione intellegibile,
- avere informazioni circa la logica e le finalità del Trattamento;
- richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione;
- richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione della legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti;
- opporsi in tutto o in parte al trattamento dei dati personali sebbene pertinenti allo scopo della raccolta.

CONSENSO

Il sottoscritto preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto Legislativo 30/06/2003 n.196 acconsente, all'istruzione, alla definizione, e alla comunicazione inerente la richiesta dei benefici:

1. al trattamento di eventuali dati sensibili;
2. al trasferimento dei propri dati personali;
3. alla comunicazione dei propri dati sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di recapito, di archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti;
4. alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri Enti ed Amministrazioni Pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire la richiesta il sottoscritto consente al trattamento dei propri dati personali e sensibili.

PARTE SESTA: Allegati

1. Documento di identità in corso di validità del portatore di handicap;
2. Documento di identità in corso di validità del dipendente;
3. Verbale legge 104/92;

Data _____

Firma _____