

Al Direttore dell'U.O.C. Risorse Umane
 A. O. "Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello"
 Viale Strasburgo, 233 -90146 PALERMO
 MAIL: risorseumane@villasofia.it
 PEC: risorseumane.ospedaliriunitipalermo@postecert.it

OGGETTO: Domanda di Concessione dei benefici della Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 .

SOGGETTO RICHIEDENTE

l sottoscritt_ _____ nat_ il
 _____ a _____ (___) residente a
 _____ in via _____ cap
 _____ Cod. Fisc. _____, dipendente di codesta
 Azienda "Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello" presso il (Dipartimento/Settore/U.O.C./U.O.)
 _____ attuale Direttore di
 reparto _____ del _____ P.O.
 _____ con la posizione funzionale di
 _____ **n. di matricola** _____ con
 contratto di lavoro a tempo pieno parziale/verticale/orizzontale, assunt_ in data ___/___/_____
recapito telefonico del reparto _____, **cell.** _____,
mail _____ .

CHIEDE

- di poter usufruire di gg. 3 giorni mensili di permessi retribuiti per me stess_, **riconosciut** __
portatore di handicap grave (ex art. 3, comma 3) con verbale della Commissione Medica
 della ASP di _____ del ___/___/_____, **approvato dall'INPS** di _____
 in data ___/___/_____.

A tal fine allega alla presente n. ____ fogli:

- copia del verbale di Visita Medica L. 104/92;
- informativa Privacy e consenso al trattamento dei dati sensibili.
- dichiarazione di responsabilità del richiedente, copia documento di identità in corso di validità e Codice Fiscale;

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

_l_sottoscritt_ _____ Codice Fiscale

_____ matricola _____, **consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R., atteso che le Amministrazioni potranno effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese 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,**

DICHIARA

- di non prestare servizio Seus 118, durante giorni in cui il suddetto fruisce dei permessi mensili e/ orari di cui alla legge 104/92 per assistere il familiare;
- di _____ beneficiare di altra L. 104/92 autorizzato con provvedimento n. _____ del _____;
- di essere a conoscenza, di poter usufruire dei permessi lavorativi, nel caso sussistano tutti i requisiti, dopo aver presentato formale richiesta e avere ricevuto la relativa nota di concessione nel proprio luogo di lavoro;
- di essere a conoscenza, che entro **il 31 GENNAIO DI OGNI ANNO, dovrà effettuare OBBLIGATORIAMENTE le dichiarazioni annuali** a conferma della sussistenza dei requisiti di cui alla L. 104/92, su apposito modulo scaricabile dal sito web aziendale, poiché, in caso di **OMISSIONE delle predette dichiarazioni, i benefici previsti dalla L. 104/92 saranno temporaneamente sospesi;**

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente e comunque entro 5 giorni a codesta U.O.C. qualsiasi variazione delle informazioni e/o condizioni auto dichiarate, ed in particolare:

- l'eventuale ricovero presso strutture pubbliche o private;
- l'eventuale revisione di giudizio da parte della Commissione dell'ASP di pertinenza sullo stato di gravità della condizione di handicap;

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA¹ del Portatore di handicap grave

/l sottoscritt _____ nat _____

il _____ residente in _____ via/piazza _____

_____ n. _____ tel. _____ cell. _____

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

D I C H I A R A

Oltre al dichiarante sono presenti:

Il dichiarante ai sensi del D.lgs. n.196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il provvedimento in corso.

Data

Firma del/la dichiarante

Dichiarazione di chi non sa o non può firmare

Il richiedente dei benefici di cui alla L. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni, Sig. _____, nat_ a _____ il _____ dichiara che il disabile a cui deve prestare assistenza si trova nella seguente situazione: che non sa firmare che non può firmare a causa di un impedimento.

Luogo e data _____ **Firma** _____

N.B.: Allegare documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Secondo il succitato D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n.445 costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni della presente certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445. Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato oppure a mezzo posta.

¹ (Art.46 – lettera f - D.P.R - 28 Dicembre 2000, n.445);



Sede Legale Viale Strasburgo n.233 90146 Palermo Tel 0917801111 P.I. 05841780827

U.O.C. Risorse Umane

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.

_____ data

firma del richiedente _____

AUTOCERTIFICAZIONE DEL CONIUGE DEL DISABILE

I sottoscritt _____ nat_ il ___/___/_____ a
 _____ prov ____, residente a _____ in via
 _____ cap _____ Cod. Fisc.
 _____, in servizio presso l'Azienda
 _____, via _____, recapito
 telefonico _____, **consapevole delle responsabilità amministrative civili e
 penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni
 mendaci ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R., e sotto la propria personale
 responsabilità**

DICHIARA

- **di non avere** chiesto né di beneficiare di poter usufruire di gg. 3 giorni mensili di permessi retribuiti come previsto dalla Legge n. 104/1992 art. 33 comma 6, per assistere I propri_ _____ portatore di handicap grave, Sig./ra _____ nat_ a _____ il ___/___/_____ residente a _____ in via _____ n. ___;
- **di rinunciare** alla fruizione di gg. 3 giorni mensili di permessi retribuiti come previsto dalla Legge n. 104/1992 art. 33 comma 6, per assistere I propri_ _____ portatore di handicap grave, Sig./ra _____ nat_ a _____ il ___/___/_____ residente a _____ in via _____ n. ___;
- **di avere** beneficiato dei gg. 3 giorni mensili di permessi retribuiti come previsto dalla Legge n. 104/1992 art. 33 comma 6, dal ___/___/_____ al ___/___/_____, c/o l'Ente/Ditta/Azienda _____ per assistere I propri_ _____ portatore di handicap grave, Sig./ra _____ nat_ a _____ il _____ residente a _____ in via _____ n. ___;
- **di beneficiare contemporaneamente** con al coniuge a detto beneficio.

Data _____

Firma _____

(Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento)

Dichiarazione di chi non sa o non può firmare

Il richiedente dei benefici di cui alla L. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni, Sig. _____, nat_ a _____ il _____ dichiara che il
 disabile a cui deve prestare assistenza si trova nella seguente situazione: che non sa firmare che non può firmare a causa di un
 impedimento.

Luogo e data _____ Firma _____

N.B.: Allegare documento d'identità in corso di validità del dichiarante.