

**AL DIRETTORE
DELL'U.O.C. RISORSE UMANE
DELL'A. O O.R. "VILLA SOFIA CERVELLO" PALERMO**

All'Ufficio rilevazione presenze

OGGETTO: Revoca dei Benefici Legge 104/92

Provvedimento n. _____ del ____/____/_____

1 sottoscritt_ _____, dipendente di questa Azienda Ospedaliera con contratto a tempo _____ determinato, in servizio presso _____ del P.O. _____, con matricola n. _____,

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)

COMUNICA

il **decesso** avvenuto il ____/____/_____ in _____ del sig./ra _____ nat_ a _____ il ____/____/_____, Codice Fiscale _____, _____ (grado di parentela), portatore di handicap grave, per l'assistenza del/la quale _1_ sottoscritto usufruiva dei 3 gg di permesso retribuito Legge n. 104/92.

L'Ufficio Rilevazione Presenze provvederà alla disabilitazione dei benefici di che trattasi dalla data della perdita del diritto.

Palermo, _____

Parte riservata all'ufficio, verificati gli atti, in data ____/____/2022

Disabilitazione:

- Scansione
- Perla PA
- giuridico
- excel
- familiari
- presenze/assenze.