

Al DIRETTORE  
SOC Pediatri di famiglia e Specialistica ambulatoriale  
Villa Fabbri, Via di San Salvi 12 - 50135 Firenze

e p.c. Al Responsabile

\_\_\_\_\_

Presidio/i \_\_\_\_\_

Oggetto: **RICHIESTA BENEFICI ART. 34 C. 7 LEGGE 104/92 - ACN DEL 31.03.2020**

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (matr. \_\_\_\_\_)

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

medico specialista ambulatoriale presso l'Azienda USL Toscana centro (ambito territoriale Firenze) in servizio presso il seguente/i Presidio/i

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

convenzionato a tempo indeterminato per n. \_\_\_ ore settimanali ai sensi Intesa 08.07.2010

convenzionato a tempo determinato ai sensi art. 23 comma 10 Intesa 08.07.2010

### CHIEDE

di poter usufruire del permesso retribuito di cui all'art. 34 c.7 della Legge 104/92 - ACN del 31.03.2020 in quanto assiste:

\_\_\_\_\_

*(indicare il grado di parentela ed il nome e cognome)*

riconosciuto dalla competente Commissione persona con handicap in **situazione di gravità** e non si trova ricoverato a tempo pieno in struttura sanitaria o sociale.

Precisa, altresì, che il suddetto parente:

È CONVIVENTE con il sottoscritto

NON È CONVIVENTE con il sottoscritto e che l'assistenza viene prestata dal richiedente con continuità ed esclusività

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegati:

- copia del verbale Commissione handicap;
- dichiarazione sostitutiva atto notorietà;
- altro (in tal caso citare la documentazione allegata)