SOC ORGANIZZAZIONE MEDICINA A CICLO DI FIDUCIA
Specialistica Ambulatoriale Interna
Via San Salvi 12, Villa Fabbri - 50135 Firenze
E-mail specialistiambulatoriali@uslcentro.toscana

# DOMANDA DI PERMESSO MENSILE AI SENSI L.104/92 e smi, FRUIBILE A GIORNI

Per se stesso
Da trasmettere all'indirizzo specialistiambulatoriali@uslcentro.toscana.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
art.47 D.P.R.445 del 28.12.2000

lo sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

tel. _____ e.mail aziendale _____ cod.reg. _____

in servizio presso AUSL Toscana centro

sede/i _____ // _____

_____ // _____

con incarico a tempo indeterminato nella branca di _____ n° ore _____

CHIEDO DI FRUIRE

☐ N. 12 giorni di permessi retribuiti mensili ai sensi della L. 104/92 e smi (art. 33 c.3);

per se stesso, in quanto affetto/a da patologia specificata nel Certificato attestante lo stato di handicap in situazione di gravità rilasciato

il _____ da _____

☐ lo stato di handicap in situazione di gravità risulta NON rivedibile

☐ lo stato di handicap in situazione di gravità risulta rivedibile: ANNO _____ MESE _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza delle sanzioni previste dal D.P.R. 445/00 e dal Codice Penale per le dichiarazioni in atti falsi e mendaci, DICHIARO che le notizie fornite nella presente istanza rispondono a verità:

☐ Di essere "portatore di handicap in situazione di gravità" come da certificazione allegata;

☐ Di essere consapevole che la possibilità di fruire di detti benefici comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;

☐ Di impegnarsi, in caso di esito negativo dell'accertamento dello stato di handicap in situazione di gravità, a giustificare l'assenza dal servizio ad altro titolo (ferie, recupero orario, etc);

☐ Di essere consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, nel caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti;

☐ Che le fotocopie allegate sono conformi agli originali in suo possesso ai sensi dell'art. 19 D.P.R. 445/2000;

☐ Di non usufruire dei permessi ex legge 104/92 per altri familiari;

☐ Di usufruire dei permessi ex legge 104/92 per _____ (indicare il grado del familiare);

MI IMPEGNO, inoltre, a comunicare immediatamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate, che fanno venir meno il diritto alla fruizione del beneficio del congedo, ed in particolare:

1. la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della competente Commissione;
2. la fruizione dei permessi, per la propria persona, da parte di altri familiari. Nel qual caso proposito si impegna a fornire ogni qualvolta adeguata documentazione al riguardo;
3. Qualsiasi altra variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente istanza.

DICHIARO, altresì, di essere informato, relativamente al trattamento di eventuali dati sensibili, ai sensi e per gli effetti di cui al regolamento Ue 2016/679 e, pertanto, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la richiesta ed alle eventuali verifiche della modalità di fruizione.

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscanacentro o scansionando il QR code a margine.

Località e data _____ Firma _____

Documentazione allegata:

1. Certificato rilasciato dalla competente Commissione Medica attestante lo stato di gravità dell'handicap;
2. Copia documento di identità.
3. Altro (indicare) _____