

**MODELLO 104 - A01 inviare all'indirizzo e.mail:** richiesta.legge104@uslcentro.toscana.it  
(compilare in carattere stampatello - segnare l'opzione prescelta con una X)

**DOMANDA DI PERMESSO MENSILE, AI SENSI L.104/92 e smi, FRUIBILE A GIORNI o AD ORE**  
**(PER SE STESSO)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A IL \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN  
VIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_  
PROV. \_\_\_\_\_ RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_  
E.MAIL \_\_\_\_\_  
AZIENDALE \_\_\_\_\_ MATR.: \_\_\_\_\_  
DIPENDENTE CON PROFILO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_  
IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_ SEDE \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
NOME E COGNOME DEL RESPONSABILE: \_\_\_\_\_  
E.MAIL DEL RESPONSABILE \_\_\_\_\_  
TEL. DEL RESPONSABILE \_\_\_\_\_

CON RAPPORTO DI LAVORO:

A TEMPO INDETERMINATO

A TEMPO DETERMINATO

A TEMPO PIENO

A TEMPO PART-TIME :

VERTICALE (\_\_\_\_%) NUMERO GIORNI LAVORATI (\_\_\_\_)

ORIZZONTALE (\_\_\_\_%)

MISTO (\_\_\_\_%)

**CHIEDE di FRUIRE**

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

N. \_\_\_\_\_ ora/ore di riposi giornalieri retribuiti ai sensi della L. 104/92 e smi (art. 33 c.2);

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, **DICHIARA** 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);

**SI IMPEGNA**, inoltre, a comunicare immediatamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate, che fanno venir meno il diritto alla fruizione del benefico 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 proposto si impegna a fornire ogni qualvolta adeguata documentazione al riguardo;
3. Qualsiasi altra variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente istanza.

**DICHIARA**, altresì, di essere informato, relativamente al trattamento di eventuali dati sensibili, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/03 e, pertanto, acconsente, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la richiesta ed alle eventuali verifiche della modalità di fruizione.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Documentazione allegata:

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