

Il/La sottoscritto/a: _____

Codice fiscale: _____

CHIEDE

di usufruire ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92 di

di n. ____ giorni di permesso mensile

per:

Cognome e nome _____

codice fiscale _____ rapporto di parentela¹ _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

Residente in² _____ via _____

e s'impegna a fornire all'inizio di ogni mese alla Struttura la programmazione dei permessi richiesti

A tal fine dichiara:

- che è il referente unico del disabile;
- che il portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno;
- che il portatore di handicap grave è ricoverato a tempo pieno con le seguenti deroghe:
 - deve effettuare visite e terapie al di fuori della struttura, che non sono garantite dalla stessa, come documentato da idonea certificazione
 - necessita di assistenza da parte di un familiare, come da richiesta dei sanitari della struttura
 - si trova in uno stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine
- che è convivente con il sottoscritto/a
- di essere consapevole che, producendo un verbale provvisorio dell'ASL o una certificazione dello specialista dopo 45 gg. dalla richiesta all'INPS, nel caso del non riconoscimento dell'handicap in **situazione di gravità** da parte della Commissione Medica di Verifica, l'Amministrazione provvederà al recupero di quanto già usufruito a titolo di permessi per la Legge 104/92;
- il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare all'Ufficio Risorse Umane eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni precedentemente dichiarate.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre:

- che il/i seguente/i parenti/affini entro il 2° grado, rispetto al disabile, **con rapporto di lavoro subordinato**, non usufruiscono dei permessi ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92:

Cognome Nome	Grado di parentela rispetto al disabile	Nome Azienda	Indirizzo e telefono azienda

ALLEGA:

- certificato della competente ASL (o eventuale certificazione provvisoria) che attesti la presenza di una minorazione rientrante nella definizione di handicap di cui al comma 3 dell'art. 3 della Legge 104/92, **CON SITUAZIONE DI GRAVITÀ**

- Altra documentazione: _____

¹ Rispetto al richiedente. In caso di parente o affine entro il terzo grado compilare l'apposito modulo "dichiarazione grado di parentela"

² In caso di Comune distante oltre 150 km stradali dalla residenza del richiedente deve essere presentata ogni volta documentazione attestante il viaggio.

Allegato 6 bis

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del DPR 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 DPR 28.12.2000, n. 445).

Trieste, _____ Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", e ss.mmi.i. che tutti i dati conferiti a questa Amministrazione, per le finalità connesse e strumentali al contratto in essere, saranno trattati, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. Le informazioni riguardanti il trattamento dei dati sono reperibili al seguente indirizzo: <http://www.sissa.it/it/privacy>.

Trieste, lì _____

Per presa visione, il/la dichiarante _____