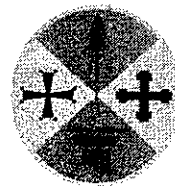




AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI
COSENZA

Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza

Direzione Generale



REGIONE CALABRIA



N. Prot. **0195873**

del **02/12/2015**

Titolo/Classe/Sottocl.

I 4 1

AVVISO INTERNO

I dipendenti beneficiari dei permessi previsti dalla Legge n. 104/92 sono invitati a far pervenire **entro il 20/12/2015 all'Ufficio Risorse Umane di rispettiva appartenenza** l'allegato modello debitamente compilato relativo alla verifica annuale dei requisiti per la prosecuzione dall' 01/01/2016 nella fruizione dei benefici di che trattasi.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott. Gianfranco Filippelli

**OGGETTO: VERIFICA ANNUALE REQUISITI PER I PERMESSI ART. 33 c. 3 -L. 104/92,
ANNO 2016**

__l__ sottoscritto/a _____

nat __ a _____ il _____

residente in Via _____ città _____

C.A.P. _____ tel. abitazione/cell _____

In servizio in qualità di _____ presso _____

CHIEDE

per l'anno **2016** la prosecuzione nella fruizione dei permessi previsti dall'art. 33 co. 3 - L. 104/92

per (grado di parentela)* _____

(cognome e nome del familiare con handicap grave) _____

(codice fiscale del familiare con handicap grave) _____

A TAL FINE DICHIARA CHE:

- la persona portatrice di handicap grave è in vita;
- la situazione che aveva dato titolo ad usufruire di tali benefici non è variata;
- la persona portatrice di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura pubblica o privata;
- nessun altro familiare fruisce dei permessi in oggetto per la stessa persona portatrice di handicap grave (*unica eccezione i genitori per i figli, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente*).
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza nei confronti del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni 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;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni di cui trattasi.

Il/la sottoscritto/a è consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti.

In fede

Allega fotocopia carta identità