



Al Direttore Generale
Istituto Oncologico Veneto - IRCCS

OGGETTO: Richiesta benefici art.33, legge n°104/92.

Il/La sottoscritto/a _____ dipendente di questo Istituto in qualità di
_____ n. matricola _____
presso l'U.O. _____

Con contratto di lavoro: ☐ Tempo pieno ☐ Part time verticale ☐ Part time orizzontale

Con orario settimanale di ore _____ per n° giorni _____

Chiede

di usufruire dei benefici di cui all'art. 33 della legge n. 104 del 05/02/1992 per se stesso/a in quanto portatore di handicap in situazione di gravità.

A tale scopo si allega idonea documentazione.

Distinti saluti.

Il /La dipendente

**Il Direttore
Amministrativo**

Padova, _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
Art. n° 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

Il/La Sottoscritto/a

COGNOME _____ **NOME** _____

Matricola _____ **dipendente presso Istituto Oncologico Veneto IRCCS in qualità**
di _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità:

- ☐ **di richiedere i benefici previsti dalla legge 104/92 per me stesso/a**
☐ **che nessun altro familiare beneficia dei permessi per me medesimo non avendone i requisiti**

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA CON HANDICAP GRAVE

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela con il portatore di handicap	Professione

oooooooooooooooooooooooooooo

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritta consapevole delle sanzioni penali e civili previste, in base all'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 per coloro che rendono attestazioni false dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole, che in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- **la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL**
- **la fruizione dei permessi per la propria assistenza da parte di altri familiari**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Padova, _____

(firma del dipendente)

Dichiarazione di responsabilità e consapevolezza

(ai sensi della Circolare 6 dicembre 2010 n. 13, Dipartimento della Funzione Pubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri)

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità:

- di usufruire dei permessi concessi dalla legge 104 / 1992 per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- di essere 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;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Padova, _____

(firma del dipendente)