

# Regione del Veneto Istituto Oncologico Veneto



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Al Direttore Generale Istituto Oncologico Veneto - IRCCS

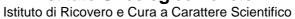
OGGETTO: Richiesta benefici art.33, legge	e n°104/92.		
II/La sottoscritto/a	dipendente	di questo Istituto in qualità d	
	n. matricola	<del></del>	
presso l'U.O			
Con contratto di lavoro:	o D Part time verticale	☐ Part time orizzontale	
Con orario settimanale di ore per n° giorni			
	Chiede		
di usufruire dei benefici di cui all'art. 33 d quanto portatore di handicap in situazion		1992 per se stesso/a in	
A tale scopo si allega idonea documentaz	ione.		
Distinti saluti.			
II /La dipendente		Direttore ministrativo	
Padova.			

**UOC Risorse Umane** - Ufficio verifica presenze tel. 049 821 1193/5675, e-mail: verifica.presenze@iov.veneto.it

agg. al 05/02/19



# Regione del Veneto Istituto Oncologico Veneto





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

II /La Sottoscritto/a			
COGNOME	NON	1E	
Matricola dipendente presso Istituto Oncologico Veneto IRCSS in qualità			
di		<del></del>	
	DICHIA	1PA	
Sotto la propria responsabilità:	Dicini	1///	
	isti dalla lanna 101/0	12 may ma ataon /m	
☐ di richiedere i benefici prev☐ che nessun altro familiare		iz per me stesso/a si per me medesimo non avena	long i roquisiti
Che nessun ditro juninare	beneficia dei permess	i per me medesimo non avend	one i requisiti
COMPOSIZIONE DELLA FA	MIGLIA PRESSO CUI F	RISIEDE LA PERSONA CON HAN	DICAP GRAVE
Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela con il portatore di handicap	Professione
	00000000000000	00000000000	
DICHIARAZIONE DI RESPONSABILIT	ΤΑ'		
Il/la sottoscritta consapevole delle 28/12/2000 per coloro che rendor Inoltre dichiara di essere consapev una condanna penale e decadere d	no attestazioni false d vole, che in caso di dic	lichiara che le notizie fornite ri hiarazione falsa, chi l'ha effett	spondono a verità. cuata può subire
<u>Si impegna a comunicare entro 30</u> o delle situazioni autocertificate co	-		<u>iazioni</u> delle notizie
• la revisione del giudizio di gravit	à dell'handicap da pa	rte della Commissione ASL	
• la fruizione dei permessi per la p	ropria assistenza da p	arte di altri familiari	
Informativa ai sensi dell'art. 13 de vigenti ai fini del procedimento pe scopo.	<u> </u>		· •
Padova,			<del></del>
		( firma del dipend	ente)

**UOC Risorse Umane** - Ufficio verifica presenze tel. 049 821 1193/5675, e-mail: verifica.presenze@iov.veneto.it

agg. al 05/02/19



### Regione del Veneto Istituto Oncologico Veneto



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

### 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)

**UOC Risorse Umane** - Ufficio verifica presenze tel. 049 821 1193/5675, e-mail: verifica.presenze@iov.veneto.it

agg. al 05/02/19