

A,
.....
[struttura aziendale competente all'istruttoria]

e p.c.

A,
.....
[Dirigente responsabile della struttura di appartenenza]

Oggetto: Istanza di riconoscimento del diritto ai permessi ex art. 33, comma 6, della legge 104/1992.

.....l.... sottoscritt....., nat.... il
a, residente a
in via, email
in servizio presso con qualifica
di

FORMULA ISTANZA

di concessione dei permessi in oggetto, con decorrenza dal, nella misura di:

- tre giorni al mese;
- due ore al giorno.

A tal fine,l.... sottoscritt....., consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 445/2000, nonché della decadenza ex art. 75 dello stesso d.P.R. dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

- di essere portatore di handicap grave ex art. 3, comma 3, della legge 104/1992
- di essere/non essere (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*) affetto da patologia oncologia e di avere inoltrato istanza per l'accertamento dello stato di handicap il (1)
- essere affetto da sindrome di Down (2)
- di essere grande invalido di guerra (3)

ALLEGA

copia fotostatica del verbale redatto dalla Commissione medica competente all'accertamento dell'handicap (*o diversa documentazione probatoria dello stato di disabilità – descrivere di seguito*)

.....
.....

Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 445/2000, nonché della decadenza ex art. 75 dello stesso d.P.R. dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, il sottoscritto

DICHIARA

- che la documentazione sopra descritta è conforme all'originale;
- che il giudizio ivi formulato in ordine alla propria condizione non è stato rivisto né è scaduto.

SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal loro verificarsi, le eventuali variazioni che dovessero intervenire circa la sussistenza dei requisiti di legge per il riconoscimento del diritto in oggetto.

DICHIARA, infine, di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'istanza in oggetto, rese disponibili dall'ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila, anche sul sito internet istituzionale, in apposita sezione "protezione dati personali", ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Reg. UE 2016/679 o RGPD). I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del RGPD potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Saragat - località Campo di Pile - 67100 L'Aquila - email dpo@asl1abruzzo.it - pec dpo@pec.asl1abruzzo.it).

Allega copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.

.....
(luogo e data)

.....
(firma)

-
-
- (1) *Qualora la commissione medica per l'accertamento dell'handicap non si pronunci entro 45 giorni dalla presentazione dell'istanza – ovvero entro 15 giorni nel caso di patologie oncologiche – l'accertamento dello stato di handicap può essere effettuato provvisoriamente, da un medico specialista nella patologia dalla quale è affetto il portatore di handicap, in servizio presso l'ASL da cui è assistito l'interessato.*
 - (2) *Le persone con sindrome di Down, su richiesta corredata da presentazione del cariotipo, sono dichiarate in situazione di gravità ex art. 3 della legge 104/1992 dalla competente commissione ASL o dal proprio medico di base.*
 - (3) *Condizione attestata dalla documentazione rilasciata all'interessato dal Ministero competente al momento della concessione dei benefici pensionistici.*