

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

Oggetto: Permessi ex art. 33 della legge 104/1992 – dichiarazione di permanenza dei requisiti.

.....I.... sottoscritt....., nat.... il
a, residente a
in via, email,
in servizio presso con qualifica
di,
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza ex art. 75 dello stesso DPR dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera,

**riservato al titolare del diritto alla fruizione dei permessi
ex art. 33, comma 6, della legge 104/1992 in quanto lavoratore disabile**

DICHIARA

- che sono tutt'ora sussistenti tutti i requisiti prescritti dalla normativa vigente in materia di titolarità dei permessi in oggetto;
- che il giudizio formulato in ordine alla stato di gravità dell'handicap di cui è portatore non è stato rettificato né revocato.

(firma)

**riservato al titolare del diritto alla fruizione dei permessi
ex art. 33, comma 2 e/o 3, della legge 104/1992 per assistenza a familiare disabile**

DICHIARA

- che sono tutt'ora sussistenti in capo allo scrivente ed al familiare dal medesimo assistito tutti i requisiti prescritti dalla normativa vigente in materia di titolarità dei permessi in oggetto;
- che il giudizio formulato in ordine alla stato di gravità dell'handicap di cui è portatore il proprio familiare non è stato rettificato né revocato;
- che il sottoscritto è referente unico per l'assistenza al proprio familiare portatore di handicap: pertanto, nessun altro familiare del suddetto fruisce, per assistenza al medesimo, dei permessi in oggetto o del congedo retribuito ex art. 42, comma 5, del d.lgs. 151/2001.

(firma)

Il sottoscritto SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal loro verificarsi, le eventuali variazioni che dovessero intervenire circa i requisiti prescritti per la fruizione dei permessi in epigrafe.

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)