



all. 1

La/Il sottoscritta/o _____ matr. _____
in servizio presso _____ con la qualifica di _____

CHIEDE

Di assentarsi dal servizio per estensione permessi giornalieri L. 104/92 ai sensi art. 24 D.L. 18/2020 (max 12 giorni cumulativi, indipendentemente dal numero di familiari assistiti):

- per il familiare _____
- per se stesso

dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____

Li, _____ Firma _____

Il Responsabile
.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
Art. 47 – D.P.R. N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA CHE

- il familiare assistito o se stesso risulta in condizioni di handicap grave accertato dalla competente commissione ASL, senza revisione del giudizio rispetto all'ultima certificazione presentata a questa Azienda
- se per assistito, che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto
- che se per figlio, l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto

NB: Se nessuna delle opzioni sopra indicate è barrata, si intende che nulla è cambiato rispetto alle situazioni dichiarate all'atto della autorizzazione alla fruizione dei permessi in oggetto.

- Se richiesto per altro familiare, relativamente al requisito del ricovero, dichiaro che il disabile assistito:
- è ricoverato a tempo pieno (allego certificazione sanitaria attestante le condizioni di cui alla circolare Funzione Pubblica n. 13/2010)
 - non è ricoverato a tempo pieno, in struttura ospedaliero e/o residenziale

- è informato ed autorizza, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30.06.2003, n. 196, al Regolamento UE 2016/679 – GDPR confermato a livello nazionale dal D.Lgs. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Li, Il/la dichiarante _____