



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale  
"Santobono – Pausilipon"**

Via Teresa Ravaschieri, n° 8 (già Via della Croce Rossa)  
80122 Napoli - Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

**RICHIESTA PERMESSI ART. 33, COMMA 3, L. 104/92  
PER ASSISTENZA FIGLIO/A**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà  
(Artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.)

Al Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane  
A.O.R.N. Santobono Pausilipon  
[personale@santobonopausilipon.it](mailto:personale@santobonopausilipon.it)

Il/La Sottoscritto/a ....., nato/a a ....., il ....., residente a ....., via ....., dipendente di questa Azienda con la qualifica di.....matricola n. .... in servizio presso ....., cellulare..... pec:.....;

**CHIEDE**

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della L. 104/92 e ss.mm.ii. **per assistere il/la proprio/a figlio/a.**

**Pertanto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità,**

**DICHIARA:**

- che il portatore di handicap grave da assistere è il/la proprio/a **figlio/a** (cognome e nome)....., nato/a a....., il ..... residente a....., via (l'indirizzo di residenza del figlio va indicato solo se è diverso da quello del genitore).....;

- **che la fruizione dei permessi:**

**NON** è alternativa con l'altro genitore;

è **alternativa** con l'altro genitore, in questo caso indicare (dati dell'altro genitore):

- Cognome e nome .....
- Luogo di nascita .....
- Data di nascita ...../...../.....,
- Lavora presso (denominazione Ente/Azienda, indirizzo, telefono).....  
.....

-che **il/la proprio/a figlio/a NON è ricoverato/a** a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa;

**Dichiara, altresì, che il/la proprio/a figlio/a:**

**lavora** presso .....(denominazione Ente/Azienda, indirizzo, telefono).....  
.....;

**NON presta alcuna attività lavorativa.**

Allega alla presente:

- **Copia del verbale** della Commissione medica per l'accertamento dell'handicap dal quale risulta che la persona da assistere è in possesso dello status di cui all'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92 e ss.mm.ii. (persona con handicap in situazione di gravità).

**Informativa sulla protezione e il trattamento dei dati personali** Ai sensi del “Codice in materia di protezione dei dati personali” (D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.), e del Regolamento Europeo 679/2016, il trattamento dei dati personali, raccolti dall’A.O.R.N. Santobono-Pausilipon e necessari all’avvio e allo svolgimento del procedimento, si svolgerà nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, con particolare riferimento alla riservatezza delle informazioni e alla protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati personali sarà improntato a principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità e non eccedenza rispetto agli scopi per i quali i dati stessi sono raccolti. Il trattamento è effettuato da parte dell’Azienda ai sensi dell’art.9, comma 2 lett. b) del GDPR, in quanto “necessario per assolvere obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento o dell’interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale” in conformità alle norme in materia. Il conferimento dei Suoi dati riveste natura obbligatoria. Il titolare del trattamento è l’A.O.R.N. Santobono-Pausilipon nella persona del Direttore Generale p.t., domiciliato per la carica presso l’Azienda in via Teresa Ravaschieri n° 8 (già Via della croce Rossa) 80122 Napoli.  
In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall’Azienda, l’interessato è titolare dei diritti previsti dall’art. 15 del DGPR 679/2016.

Letto, confermato e sottoscritto.

Napoli, ..... Il dichiarante .....

La presente dichiarazione deve essere compilata in ogni sua parte, sottoscritta, scansionata, corredata della copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e dovrà essere trasmessa alternativamente al seguente indirizzo di posta elettronica: **personale@santobonopausilipon.it**.

E’ fatta salva la possibilità da parte dell’Amministrazione di verificare la veridicità del contenuto della presente dichiarazione.