



**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
PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO.**

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

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 proprio.....(indicare il rapporto di parentela/affinità entro il terzo grado con il portatore di handicap).

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 i genitori o il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto della persona, parente o affine di **terzo grado**, per la quale si chiedono i permessi hanno compiuto 65 anni di età, oppure sono affetti da patologie invalidanti ¹ o sono deceduti o mancanti ². La possibilità di passare dal secondo al terzo grado di assistenza si verifica anche nel caso in cui uno solo dei soggetti menzionati si trovi nelle descritte situazioni (assenza, decesso o patologie invalidanti);

¹ Per quanto concerne le patologie invalidanti, ai fini dell'individuazione di tali patologie si prendono a riferimento soltanto quelle., a carattere permanente, indicate dall'art. 2, comma 1, lettera d), numeri 1,2 e 3 del Decreto Interministeriale n. 278 del 21 luglio 2000.

² L'espressione “mancanti” deve essere intesa non solo come situazione di assenza naturale e giuridica (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto), ma deve ricomprendere anche ogni altra condizione ad essa giuridicamente assegnabile, continuativa e debitamente certificata dall'Autorità Giudiziaria o da altra Pubblica Autorità, quale divorzio, separazione legale o abbandono.

- che il portatore di handicap grave da assistere è il/la Sig./Sig.ra
..... (cognome e nome), nato/a a.....
....., il residente a.....
....., via
.....;

- che lo stesso disabile:

☐ è assistito da altro/altri soggetto/soggetti che fruiscono del beneficio:

• (nome e cognome), nato/a a
il residente a
.....via....., quale
..... (indicare rapporto di parentela/affinità della persona nei confronti
dell'assistito), lavora presso (denominazione Ente/Azienda indirizzo,
telefono).....
.....;
.....;

• (nome e cognome), nato/a a
..... il residente a
.....via....., quale
..... (indicare rapporto di parentela/affinità della persona nei confronti
dell'assistito), lavora presso (denominazione Ente/Azienda indirizzo,
telefono).....
.....;
.....;

☐ NON è assistito dei permessi in oggetto alternativamente ad altri soggetti;

-che la persona da assistere NON è ricoverata a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa;

- che il/la sottoscritto/a:

☐ GIA' fruisce dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della L. 104/92 per assistere altro/altri soggetto/soggetti:

• (nome e cognome), nato/a a
..... il residente a
.....via....., quale
..... (indicare rapporto di parentela/affinità della persona nei confronti

dell'assistito), lavora presso (denominazione Ente/Azienda, indirizzo, telefono).....
.....;

• (nome e cognome), nato/a a
..... il residente a
..... via....., quale
..... (indicare rapporto di parentela/affinità della persona nei confronti dell'assistito), lavora presso (denominazione Ente/Azienda, indirizzo, telefono).....
.....;

☐ **NON fruisce dei permessi in oggetto per assistere altri soggetti;**

- che la persona da assistere **non è ricoverata** a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa.

Dichiara, altresì, che il portatore di handicap grave da assistere:

☐ **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.