



**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 6, L. 104/92 PER SE STESSO/A**

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, co. 6, della L. 104/92 e ss.mm.ii. essendo portatore di 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.

**Allega alla presente:**

- **Copia del verbale** della Commissione medica per l'accertamento dell'handicap dal quale risulta che il sottoscritto 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).

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](mailto:personale@santobonopausilipon.it).

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