



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
e di Alta specializzazione
"Santobono - Pausilipon"
Via Teresa Ravaschieri, 8 – 80122 - Napoli
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630*

**RICHIESTA PERMESSI ART. 33 COMMA 3, L. 104/92
PER SÉ STESSO/A**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà
(Artt. 46 e 47 D.P.R. n 445 del 28/12/200 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 (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ provincia _____ il _____ Codice Fiscale _____
e residente a _____ provincia _____
in (via / piazza / corso) _____ n. _____ cap. _____
dipendente di questa Azienda con la qualifica di _____
in servizio presso _____ matricola n. _____
cellulare _____ pec/mail _____

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 come da verbale definitivo / provvisorio rilasciato della Commissione medica per l'accertamento dell'handicap in data _____.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì che:

- GIÀ FRUISCE** dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della L. 104/92 per assistere altro/altri soggetto/soggetti:

Sig./Sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____
e residente a _____ provincia _____
in (via / piazza / corso) _____ n. _____ cap. _____
quale (indicare rapporto di parentela/affinità nei confronti dell'assistito) _____
lavora presso (denominazione Ente / Azienda) _____
in (via / piazza / corso, comune e provincia) _____
_____ telefono _____

Sig./Sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____
e residente a _____ provincia _____
in (via / piazza / corso) _____ n. _____ cap. _____
quale (indicare rapporto di parentela/affinità nei confronti dell'assistito) _____
lavora presso (denominazione Ente / Azienda) _____

in (via / piazza / corso, comune e provincia) _____
_____ telefono _____

NON FRUISCE dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della L. 104/92 per assistere altro/altri soggetto/soggetti

Allega alla presente:

- ✓ Copia del verbale definitivo/provvisorio 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. (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito).
- ✓ Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che, qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Informativa sulla protezione e il trattamento dei dati personali:

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) si informa che il trattamento dei dati personali, raccolti dall'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, anche con strumenti informatici, e necessari all'avvio e allo svolgimento del procedimento, sarà effettuato nel rispetto dei principi di cui all'articolo 5 del predetto Regolamento ed esclusivamente per le finalità di cui al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Per quanto riguarda specificatamente i trattamenti di dati personali effettuati si rimanda all'informativa pubblicata sul sito web aziendale – sezione "PRIVACY" disponibile al seguente link: <https://www.santobonopausilipon.it/privacy/>.

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data

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 al seguente indirizzo di posta elettronica: personale@santobonopausilipon.it.