



ASSB-BSB

Azienda Servizi Sociali di Bolzano
Betrieb für Sozialdienste Bozen

All'Ufficio gestione personale – **settore giuridico**
Piazza Anita Pichler, 12 – 39100 Bolzano

Domanda di fruizione PERMESSI L. 104/92, art. 33

– Legge quadro per l'assistenza alle persone portatrici di handicap in situazione di gravità -

(agevolazioni in favore del lavoratore/trice con handicap riconosciuto dalla Commissione medica A.S.L.)

Il/La sottoscritto/a

nato/a il a

residente a via n.

in servizio presso
(indicare propria struttura/Ufficio)

in qualità di
(indicare proprio profilo professionale)

- di ruolo
- a tempo determinato
- precettato

- a tempo pieno
- a tempo parziale ----- % *(indicare percentuale part time)*
 - orizzontale
 - verticale
 - misto

C H I E D E

di fruire delle agevolazioni previste dall'art. 33, comma 6 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modificazioni per i lavoratori con handicap secondo le seguenti modalità:

- 3 giorni al mese

OPPURE

- 2 ore al giorno (ridotta a 1 ora in caso di orario di lavoro giornaliero < 6 ore)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Tutte le dichiarazioni sono rese ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000

Si precisa che, qualora dai controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

A tale scopo **allego** alla presente:

- la dichiarazione, in originale o copia, rilasciata dalla competente Commissione medica A.s.l. – Servizio di Medicina Legale attestante la situazione di gravità dell'handicap

Il dipendente prende inoltre atto che:

- i permessi di cui all'art. 33 della L. n. 104/92 NON sono cumulabili;
- l'effetto dell'agevolazione decorre dal giorno di presentazione della presente richiesta in presenza di tutti i requisiti previsti.

Il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita di legittimazione alle agevolazioni.

La/Il sottoscritta/o dichiara che quanto sopra esposto corrisponde a verità e di essere a conoscenza che l'Amministrazione può effettuare delle verifiche.

Inoltre dichiaro di essere stato/a avvertito/a e mi dichiaro conscio, che, in caso di mendaci dichiarazioni, mi saranno applicate le sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 la/il sottoscritta/o dichiara di essere stata/o informata/o sull'uso dei miei dati personali, e cioè del trattamento degli stessi nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali.

La/Il sottoscritta/o si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni che sono rilevanti alla concessione del presente permesso.

DATA

FIRMA DELLA/DEL DICHIARANTE *

*In alternativa alla firma in presenza del dipendente addetto può essere allegata fotocopia di un documento di identità.

Confermo che la presente dichiarazione è stata firmata in mia presenza

DATA

FIRMA DELL'ADDETTO AL PROCEDIMENTO