

AL DIRETTORE GENERALE

DELL'AZIENDA U.S.L. DI FERRARA

Il/La sottoscritto/a Sig./a. _____, nato il _____ a _____, residente in Via _____ a _____ (__) , dipendente a tempo indeterminato di questa Azienda nel profilo professionale di _____, presso il Servizio _____ della sede di _____

C H I E D E

di usufruire del beneficio di tre giorni mensili di permesso retribuito ai sensi dell'art. 33, comma 3 della Legge n° 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il/La sottoscritto/a comunica che il beneficio di cui sopra è richiesto per assistere il/la proprio/a _____, Sig./a _____, nato/a il _____ a _____, convivente nel proprio nucleo familiare, sottoposto/a a visita medico collegiale presso il competente Servizio di Medicina Legale con accertamento dell'handicap in situazione di gravità definito il _____.

Il/La sottoscritta, ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 della Legge n° 53/2000, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

- di assistere con continuità ed in via esclusiva il/la proprio/a _____, Sig./a _____ convivente;
- che nel proprio nucleo familiare convivono al/alla sottoscritto/a, anche i seguenti familiari:
- Sig./a _____, nato/a il _____ a _____ (__) coniuge del/la scrivente;
- Sig./a _____, nata il _____ a _____, (__) figlio/a,
- che il proprio coniuge è dipendente a tempo indeterminato della _____ e non usufruisce dei benefici richiesti di cui all'art. 33 della L. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni ;
- che il proprio coniuge pensionato/a / non lavoratore è impossibilitato a garantire direttamente assistenza al disabile convivente in quanto è invalido e maggiore di 71 anni (come risulta da certificazione medico collegiale allegata);
- che il Sig./ _____ (rapporto di parentela col disabile), pensionato/a / non lavoratore è impossibilitato a garantire direttamente assistenza al disabile convivente in quanto affetto da grave patologia come risulta da certificazione del medico di fiducia allegata alla presente;
- che il proprio figlio/a è dipendente a tempo indeterminato presso _____ svolge attività lavorativa come libero professionista/artigiano (indicare settore di attività) e non usufruisce dei benefici richiesti di cui all'art. 33 della L. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di essere l'unico/a, nell'ambito dei parenti ed affini cui la legge citata estende il beneficio in argomento, ad aver richiesto ed utilizzare i tre giorni di permesso retribuito per assistere la Sig.a _____;
- che il/la proprio/ a _____ Sig. _____ non è ricoverato/a presso struttura specializzata;

- di comunicare tempestivamente al Dipartimento Risorse Umane ogni variazione delle situazioni sopra descritte.

Distinti saluti.

Ferrara, lì _____

In allegato:

- certificato medico collegiale per l'accertamento dell'handicap della Sig.a _____;
- certificato di servizio del Sig./a _____;
- certificato di iscrizione alla Scuola _____ del Sig./a _____;
- certificato di visita medico collegiale attestante l'invalidità civile del Sig./a _____;
- certificato del medico di famiglia attestante la grave patologia del/la Sig.a _____;
- autocertificazione attestante il proprio stato di famiglia
- dichiarazione sostitutiva di notorietà.