

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 _____, non convivente nel proprio nucleo familiare, residente a _____ in Via _____, sottoposta 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 _____ non convivente;
- che la propria famiglia convivente, oltre al/la sottoscritto/a si compone di:
 - Sig. _____, nato/a il _____ a _____ coniuge della scrivente;
 - Sig.a _____, nata il _____ a _____, figlia, _____;
 - Sig.a _____, nata il _____ a _____, figlia, _____;
- 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/la proprio/a figlio/a _____ è studente e frequenta il _____ anno di corso presso la Scuola /Università _____ di _____;
- che il/la proprio/a figlio/a _____ è svolge attività lavorativa come dipendente presso _____ / libero professionista/artigiano (indicare settore di attività) _____ non usufruisce dei benefici richiesti di cui all'art. 33 della L. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- che la famiglia convivente del Sig./a _____, disabile in situazione di gravità, si compone di :
 - Sig./a _____ nato il _____ a _____ (rapporto di parentela col disabile), svolge attività lavorativa come dipendente presso _____ / libero professionista/artigiano (indicare settore di attività) _____, non usufruisce dei benefici richiesti di cui all'art. 33 della L. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
 - Sig./a _____ nato il _____ a _____ (rapporto di parentela col disabile), 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);

- Sig./a _____ nato il _____ a _____ (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;
- di essere l'unico/a, nell'ambito dei parenti ed affini cui la legge citata estende il beneficio in argomento, ad assistere con continuità ed in via esclusiva il/la proprio/a _____, Sig./a _____, disabile non convivente, e ad aver richiesto i tre giorni di permesso retribuito per assisterlo/a;
- che il/la proprio/a _____ non è ricoverata 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 coniuge;
- certificato di iscrizione alla Scuola _____ del Sig. _____;
- certificato di servizio del Sig. _____;
- certificato del medico di famiglia attestante patologia del Sig./a _____;
- certificato medico collegiale di invalidità del Sig./a _____;
- autocertificazione del proprio stato di famiglia;
- dichiarazione sostitutiva di notorietà.