Forestas
Agentzia forestale regionale pro s'isvilupu de su territòriu e de s'ambiente de sa Sardigna
Agenzia forestale regionale per lo sviluppo del territorio e dell'ambiente della Sardegna

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

MOD 104_D PERMESSI PER DIPENDENTE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE *(Art. 33, comma 6, L. 104/1992)*

Io sottoscritt_ _____(matricola n. _____), nat_ a _____il _/ /_, residente anagraficamente (come risulta da certificato di residenza) a _____ (_) in Via/Piazza _____ n°___, e abitante di fatto a _____ (__) in Via/Piazza _____ n°___, C.F. _____, in servizio presso _____ _____,Sede _____, tel. uff._____, tel. ab._,e-mail _____,

con rapporto di lavoro: ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale

C H I E D E

di usufruire delle **due ore di permesso retribuito per tutti i giorni**, ovvero dei **tre giorni di permesso mensili** previsti dall'art. 33, comma 6, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 *(la scelta, che non potrà essere variata nell'ambito del singolo mese di calendario, deve essere comunicata all'Ufficio di appartenenza tramite la compilazione dell'apposito modulo con congruo anticipo, con riferimento all'intero arco temporale del mese).*

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei rapporti con la pubblica amministrazione si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 della legge 28 dicembre 2000, n. 445, con decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

D I C H I A R A

❑ di essere in stato di handicap in situazione di gravità (art.3, c. 3, L.104/92), accertato dalla competente Commissione (art. 4, c.1, L. 104/1992) di _____in data ___/___/_____

❑ che la certificazione rilasciata dalla suddetta Commissione attestante che il sottoscritto è in situazione di handicap grave è ☐ definitiva ed è valida ☐ permanentemente
☐ provvisoria ☐ fino al ___/___/_____

❑ che dalla data di emissione della suddetta certificazione di cui sopra, il giudizio sulla gravità dell'handicap non è stato revocato o modificato

DICHIARAZIONI DA RENDERE IN CASO DI CUMULO DEI PERMESSI

❑ di fruire anche dei permessi per assistere un altro familiare: _____;
❑ che non vi sono altri soggetti in grado di prestare assistenza al suddetto familiare portatore di handicap → Motivare:
_____
_____

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione delle notizie e delle situazioni dichiarate.

DATA _____ **FIRMA RICHIEDENTE** _____

Dichiarazione sottoscritta in presenza del dipendente addetto o presentata unitamente a copia documento di identità

UFFICIO_____ **ADDETTO** _____

A L L E G A T I

❑ **Copia certificazione rilasciata dalla competente Commissione attestante la situazione di handicap grave**