



HAND/PR.DIP

**RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO MENSILE
DEL DIPENDENTE IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE**

Il/La sottoscritto/a _____ Matr. _____
In servizio presso _____
Tel. Ufficio _____ Altro telefono _____
Nato/a il _____ a _____
Residente a _____
Via/piazza _____ n. _____

oggetto riconosciuto in situazione di disabilità grave ai sensi della legge n. 104/92, articolo 3 - 3° comma

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici previsti dalla legge n. 104/92, articolo 33 (agevolazione per il soggetto handicappato maggiorenne), e successive modificazioni a decorrere dall'1 _____.

Il/La sottoscritto/a prende atto che può fruire dei permessi nelle seguenti modalità non cumulabili nello stesso mese:

- riduzione oraria nella misura di 2 ore di permesso per ciascun giorno lavorativo del mese se l'attività lavorativa è pari o superiore alle 6 ore giornaliere e nella misura di 1 ora se inferiore alle 6 ore giornaliere;
- tre giorni di permesso mensile, fruibili anche in maniera continuativa o ad ore, proporzionalmente alla tipologia del rapporto di lavoro come sotto specificato:

Percentuale %	100	83	70	66	50	33
Ore mensili	18	15	12.30	12	9	6

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare al proprio Responsabile, all'inizio di ciascun mese, per quanto possibile, la relativa programmazione.



DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA
(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a:

1. dichiara che usufruisce delle agevolazioni previste dalla legge n. 104/92 per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
2. è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
3. si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.
4. Si impegna a comunicare per iscritto, all'Amministrazione e al Responsabile, l'eventuale richiesta di cambio di modalità di fruizione dei permessi.

Allega alla presente copia del Verbale rilasciato dall'apposita Commissione Medica ASL attestante lo stato di "disabilità grave", ai sensi della legge n. 104/92, articolo 3, 3° comma.

Ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 e sue successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 679/2016, nel rispetto delle disposizioni in materia di privacy, i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per cui sono richiesti. I dati personali e sensibili inoltre possono essere oggetto di comunicazione ad altre amministrazioni pubbliche (o soggetti privati), nei casi previsti dalla legge e/o qualora queste debbano trattare gli stessi per eventuali procedimenti di propria competenza.

Milano, _____

Firma del dichiarante

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento