

e.p.c. RESPONSABILE _____

LORO SEDI

**OGGETTO :Richiesta Permessi Retribuiti ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92,
modificato con legge n. 183/2010.-**

__I__ sottoscritt _____
nat__ a _____ il _____ residente in _____
(C.A.P. n° _____) Via _____ n° _____
Dipendente di questa Azienda Sanitaria Provinciale con la qualifica di _____
_____ matr. n° _____, in atto in servizio presso il _____
_____ Tel.Int. _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 33 comma 3 della legge 104/92, modificata dalla Legge n° 53 del 08/03/2000, artt. 19 e 20, **dalla Legge n. 183/2010** e delle vigenti norme contrattuali, di usufruire dei permessi retribuiti mensili, in quanto dovrà assiste il familiare (_____)
Sig. _____

nat__ a _____ il _____, domiciliato o residente in _____
Via _____,
professione _____ già riconosciuto portatore di handicap grave (ex art. 3, comma 3°, L. 104/92) come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap dell' Azienda Sanitari Provinciale di _____, che si allega in copia conforme all'originale.

A tal fine __I__ sottoscritt__, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, consapevole, così come stabilito all'art. 76 del medesimo decreto, delle sanzioni penali per il caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi,

A tal fine allega:

1. Copia del Verbale di Visita Medica del riconoscimento quale portatore di handicap grave, Copia del documento di identità in corso di validità sia del dipendente richiedente, che quello del disabile
2. Copia del codice fiscale

Luogo e data _____

(FIRMA)