**A Z I E N D A U S L D I P E S C A R A**

**Azienda Pubblica**

**Spett.le**

**Azienda USL di Pescara**

**UOC Dinamiche del Personale Sede di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**L. 104/92, ART. 33, CO. 3 - DOMANDA DI PERMESSI PER DIPENDENTE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’.**

**N.B.** Per la fruizione dei permessi, il dipendente, salvo dimostrate situazioni di urgenza, dovrà concordare con il Dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, predisponendo una programmazione con riferimento all’intero arco temporale del mese, al fine di consentire il miglior andamento dell'attività organizzativa.

**Dichiarazione resa dal dipendente richiedente i benefici, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/00, consapevole delle conseguenze penali ivi indicate nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ed informato su quanto previsto dall'art. 13 del D. Lgs. 196/03, con ciò acconsentendo al trattamento dei dati "sensibili ", nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi istituzionali dell'azienda e della gestione del rapporto di lavoro.**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO/A A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV.\_\_\_\_IL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV. DI\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.\_\_\_\_\_ TELEFONO N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE (Allegare fotocopia del tesserino di Cod. Fisc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIPENDENTE DI CODESTA AZIENDA USL NEL PROFILO PROFESSIONALE DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. A TEMPO INDETERMINARO DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. A TEMPO DETERMINATO DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. FULL TIME
4. PART TIME (PERCENTUALE %\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
5. ORIZZONTALE
6. VERTICALE

IN SERVIZIO PRESSO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFONO N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(specificare Ufficio o U.O. di appartenenza)

**CHIEDE**

la fruizione dei permessi mensili retribuiti previsti dall’art. 33 comma 3 della Legge 104/1992**,**  per se stesso.

A tal fine, dichiara**:**

 di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione AUSL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

 di aver presentato all'Inps, istanza per l'accertamento del riconoscimento della condizione di disabilità grave in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

Dichiara altresì**:**

1. necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
2. si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità);
3. 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 solo per l’effettiva tutela del disabile.

**DOCUMENTI DA ALLEGARE:**

1. copia del documento di riconoscimento del richiedente i benefici

 Copia del verbale dell’apposita Commissione Medica di cui all’art. 4, comma 1, L. 104/1992, attestante lo stato di “handicap in situazione di gravità” ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge 104/1992;

1. Copia dell'istanza presentata all'INPS, per l'accertamento del riconoscimento della condizione di disabilità grave.

Qualora il verbale della competente Commissione Medica non sia stato ancora rilasciato, occorre presentare o Verbale provvisorio INPS oppure certificato del Medico specialista nella patologia di cui il soggetto richiedente è affetto:

1. in caso di patologie oncologiche, decorsi 15 giorni dalla presentazione della domanda di riconoscimento della condizione di disabilità grave;
2. per tutte le altre patologie, decorsi 90 giorni dalla presentazione della domanda di riconoscimento della condizione di disabilità grave.

**Si precisa che qualora a seguito del verbale definitivo non venga accertato lo stato di handicap grave, l’Amministrazione è autorizzata a decurtare dal periodo di ferie i giorni di permesso già fruiti in via provvisoria.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(per presa visione)

Il Richiedente Direttore/Dirigente Responsabile U.O. di appartenenza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma) (firma)

**(N.B.)**

Il dipendente dovrà presentare la domanda dei permessi mensili di cui all’art. 33, co. 3 L.104/92 all’Ufficio Dianmiche del Personale, tramite l’Ufficio Protocollo.

L’Ufficio Dinamiche del Personale che riceve l’istanza di fruizione delle agevolazioni da parte del dipendente interessato, verifica l’adeguatezza e la correttezza della documentazione presentata, emette il provvedimento di accoglimento e lo trasmette al dipendente e agli Uffici interessati. Successivamente, il dipendente potrà fruire dei suddetti permessi, presentando regolare richiesta presso l’Ufficio o U.O. di propria competenza.

Naturalmente, ove nell’ambito o a seguito degli accertamenti si riscontrasse l’insussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione delle agevolazioni in parola, l’Amministrazione procederà alla tempestiva contestazione ed i giorni eventualmente fruiti dal dipendente a tale titolo, verranno automaticamente trasformati in ferie.