

**Unità Gestione Personale Convenzionato
Responsabile Dott.ssa Sandra Matozzo**

**Al responsabile U.O. Gestione Personale Convenzionato
Dott.ssa Sandra Matozzo
Viale Pio x°, 194**

Allegato A/1

e, p.c.

Al Presidio / Distretto / Area / Dipartimento / Polo

Oggetto: richiesta concessione dei benefici di cui alla Legge 05 febbraio 1992, n. 104 – art. 34 comma 7 dell’A.C.N. Medici Specialisti Interni – **parenti e affini**.

Il sottoscritt _____ nat_ a _____
prov. (_____) il _____ e residente a _____ C.a.p. _____
in via _____ n° __, telefono / cell _____
in qualità di medico specialista in _____ con numero totale di
ore _____ settimanali, in servizio presso il Polo/ Presidio / Distretto / Dipartimento di

CHIEDE

Di essere autorizzat_ ad usufruire dei permessi mensili ex art. 33 Legge 05 febbraio 1992, n° 104 per assistere _l_ propri_ _____

DICHIARA

(da compilare solo se già in possesso di autorizzazione 104/92 ad oggi fruita)

Di essere già beneficiario dei predetti permessi dal _____ per assistere _l_ propri_ _____
in quanto _____
(es. madre, padre, figlio, zia etc)

DICHIARA, ALTRESI’

- 1) che, avendo richiesto i benefici di cui all’art. 33 della legge 104/92, come modificato dalla legge 183/2010 nonché dal D. Lgs. 119/2011, per parente e/o affine, si impegna a rendere noto tempestivamente all’Amministrazione, qualsiasi variazione che comporti il venir meno dei requisiti richiesti per poter usufruire dei benefici della citata legge;
- 2) di essere a conoscenza che, ai sensi dell’art. 11 della D. Lgs. n. 196/03 e del Regolamento UE 2016/679, i dati dichiarati saranno trattati dall’Azienda esclusivamente per finalità inerenti alla gestione del rapporto di lavoro, dandone a tal fine il proprio consenso al trattamento ove assumano la connotazione di dati sensibili.

Luogo e data: _____

In fede

Si allega:

1. Certificato della Commissione per l’Accertamento dell’Handicap;
2. Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà per l’accertamento della parentela.