

Modulo richiesta ammissione benefici Legge 104/92 per sé stessi

AL DIRIGENTE DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO 2

DI PIOVE DI SACCO PD

**OGGETTO: Richiesta di ammissione ai permessi retribuiti previsti dall'art. 33, comma 6, della L.104/92
e s.m.i. da parte di lavoratore dipendente in condizione di disabilità grave.**

Il/la sottoscritto/a _____ Codice fiscale _____ nato/a _____ prov. _____

il _____ matricola n. _____ residente a _____ prov. _____

dipendente in qualità di _____ U.O. _____ con rapporto di lavoro a

tempo indeterminato tempo determinato fino al _____

tempo pieno tempo parziale verticale (gg. _____ lavorativi effettivi)

CHIEDE

di poter usufruire dei **permessi retribuiti** di cui all'art. 33, comma 6 della legge n. 104/92, e successive modificazioni, in quanto **lavoratore con handicap in situazione di gravità**, secondo la seguente modalità:

DICHIARA

- Di avere necessità delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione personale;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (a titolo di esempio, la revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave a seguito della visita di revisione);
- di essere 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;
- che la copia della documentazione relativa alla gravità dell'handicap è conforme all'originale.

ALLEGA: (allegare uno dei due documenti di seguito descritti)

 **Copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, della Legge n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009, attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992.**

 **Certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave (allegare anche copia della suddetta istanza), non è stato ancora rilasciato il verbale della competente Commissione medica (verbale che dovrà essere presentato non appesa disponibile).**

IL DICHIARANTE

_____ lì _____

Indicare il proprio recapito telefonico e l'indirizzo di posta elettronica, al quale l'Ufficio potrà inviare eventuali richieste di informazione o di integrazione in merito alla pratica:

Tel: _____ E-mail: _____

Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili del dipendente ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003

Si informa che i dati personali e sensibili che La riguardano e da Lei forniti saranno trattati dall'Azienda mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il trattamento dei dati è effettuato per adempiere alle finalità previste dagli istituti che disciplinano il rapporto di lavoro, così come regolamentati da leggi, contratti, accordi di lavoro.

Tale trattamento non necessita del consenso in quanto è conseguente agli obblighi derivanti dal rapporto di lavoro.