

AREA GIURIDICO AMMINISTRATIVA
U.O.C. GESTIONE GIURIDICA ED ECONOMICA DEL PERSONALE
PEC: amministrazione@pec.ausl.latina.it

Mod. 104/92 A (da utilizzare per assistenza a familiare disabile)

- a mezzo PEC aziendale: amministrazione@pec.ausl.latina.it
- consegna all'Ufficio protocollo aziendale

All' Azienda U.S.L. di Latina
U.O.C. Gestione Giuridica ed Economica del Personale

e p.c. Al Dipartimento / Area / Distretto / Presidio

Oggetto: Richiesta di concessione dei benefici di cui all'art. 33, comma 3, L. 104/1992 e s.m.i. per assistenza a familiare in situazione di disabilità grave.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 prov. (____) il _____ e residente a _____ C.a.p. _____
 in via _____ n. _____ Cod. Fisc. _____
 recapito/i telefonico/i _____ / _____ dipendente con matricola n. _____
 in servizio presso _____ in qualità di _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a a fruire dei permessi retribuiti ai sensi dell'art. 33, comma 3, L. 104/1992 e s.m.i., per assistere il/la proprio/a _____, le cui generalità sono di seguito indicate:
 (indicare il rapporto di coniugio/parentela/affinità)

Cognome _____ nome _____ nato/a il ____/____/____
 a _____ prov. (____) Cod. Fisc. _____ residente
 a _____ in via _____ n. _____ C.a.p. _____

Dichiaro di essere già beneficiario/a dei permessi in oggetto per assistere il/la proprio/a _____
 Cognome _____ nome _____

A tal fine, allega la seguente documentazione:

- copia del verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave (art. 3, co. 3, L. 104/92), rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS, relativo al familiare da assistere;
- Mod. 104/92 B - Dichiarazione sostitutiva ex D.P.R. 445/2000 (per assistenza parenti/affini di 1° e 2° grado);
- Mod. 104/92 B/bis - Dichiarazione sostitutiva ex D.P.R. 445/2000 (per assistenza parenti/affini di 1° e 2° grado- II beneficio);
- Mod. 104/92 C - Dichiarazione sostitutiva ex D.P.R. 445/2000 (per assistenza parenti/affini di 3° grado);
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente/dichiarante;
- (solo se ricorre la condizione) documentazione sanitaria attestante le patologie invalidanti ai sensi del Decreto Int. 278/2000.

Luogo e data _____

FIRMA
(il/la richiedente)