

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

Mod. 104/92 D (da utilizzare per rinuncia/interruzione fruizione benefici)

- a mezzo PEC aziendale: amministrazione@pec.asl.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: Dichiarazione di rinuncia / interruzione alla fruizione dei benefici di cui alla L. 104/92 e s.m.i. per assistenza a familiare in situazione di disabilità grave o per se stessi.

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 _____

già beneficiario/a dei permessi retribuiti di cui all'oggetto,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. n. 445/2000 e smi, la volontà di:

- rinuncia / interruzione, a far data dal _____, alla fruizione dei benefici di cui alla L.104/92 e smi;
- per l'assistenza al/la proprio/a _____ Sig./ra _____;
(rapporto di coniugio/parentela/affinità) (cognome e nome del familiare assistito)
- per se stesso;

per i seguenti motivi:

- decesso del familiare disabile suindicato avvenuto in data _____;
- non è più nelle condizioni di poter prestare assistenza al familiare disabile suindicato;
- mancata conferma della condizione di disabilità grave dell'assistito, a seguito di visita di revisione da parte della competente Commissione medica (allegare il relativo verbale INPS di rivedibilità);
- motivi personali;
- _____.

Si allega copia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data _____

FIRMA
(il/la dichiarante)
