Alla Azienda U.S.L. Latina
U.O.C. Gestione Giuridica ed Economica del Personale

DICHIARAZIONE SOTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a_____

ad integrazione della richiesta di congedo straordinario per assistenza al parente/affine con disabilità grave art. 42 D.Lgs. n. 151/2001 e s.m.i.,

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, D.P.R. 28.12.2000, n. 45, per le ipotesi di false attestazioni e mendaci dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 47 del predetto decreto, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

Dati del parente/ affine convivente in condizione di disabilità grave:
Cognome _____ nome _____ nato/a il ____/____/_____
a _____ prov. (_____) Stato _____
Cod. Fisc. _____ residente a _____
in via _____ n. _____ C.a.p. _____

- O di essere convivente e residente con il familiare in condizione di disabilità grave;
- O che il familiare in condizione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- O che il familiare da assistere è stato riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5.2.1992, n. 104 e s.m.i.;
- O di essere a conoscenza che:

- il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art. 33, comma 3, Legge 104/92 e s.m.i., per l'assistenza del familiare disabile in situazione di gravità di cui sopra, può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti interessati aventi diritto tra quelli indicati nella predetta norma di legge (essendo venuto meno il principio del "referente unico" a seguito della riforma dell'art. 33, comma 3, Legge n. 104/1992 operata dal D. Lgs. n. 105/2022);
- in presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata disposizione ne consente la fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona in condizione di disabilità grave;

- O che è l'unico soggetto beneficiario dei permessi di cui all'art. 33, comma 3, Legge 104/92 e s.m.i., per l'assistenza del familiare disabile in situazione di gravità;
- O che oltre al sottoscritto, beneficiano dei permessi i seguenti altri familiari tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità:

Cognome_____nome_____nat___ a_____
prov. (___) il _____ Cod. Fis. _____ e residente a _____
C.a.p. _____ grado di parentela/affinità_____ se lavoratore dipendente: _____
(indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa)

Cognome_____nome_____nat___ a_____
prov. (___) il _____ Cod. Fis. _____ e residente a _____
C.a.p. _____ grado di parentela/affinità_____ se lavoratore dipendente: _____
(indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa)

- di impegnarsi a comunicare i nominativi di eventuali altri soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra;

- che nei giorni in cui usufruirà del congedo straordinario in argomento, nessun altro familiare avente diritto beneficerà dello stesso tipo di congedo né dei permessi di cui all'art. 33, comma 3, della Legge 104/1992;

- di impegnarsi altresì a comunicare all'Ufficio Stato Giuridico ed Economico del Personale, le eventuali variazioni delle notizie fornite o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare l'eventuale: ricovero a tempo pieno del disabile, decesso dell'assistito, revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della Commissione o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità;

- di essere consapevole che l'Amministrazione potrà eseguire controlli volti alla verifica delle dichiarazioni sostitutive rilasciate ai sensi dell'art. 47, D.P.R. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma
(il/la richiedente)

_____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Reg. UE 2016/679 - D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali")
L'Amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica compresi quelli particolari, saranno trattati dall'Azienda U.S.L. di Latina in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro".