



COMUNITA' MONTANA
APPENNINO FORLIVESE

TIMBRO ENTE ASSOCIATO



PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA
Ufficio Associato Assunzioni e Trattamento giuridico

PROTOCOLLO

**ISTANZA PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI IN QUALITA' DI LAVORATORE
RICONOSCIUTO PERSONA CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' (AI SENSI
DELL'ART. 33 LEGGE 104/92 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI) E DICHIARAZIONE DI
RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA (AI SENSI DELLA CIRCOLARE DFP N. 13/2010)**

**ALLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA
UFFICI ASSOCIATI PER LA
GESTIONE DEL PERSONALE**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ in
Via _____ n. _____
dipendente del Comune/Ente _____ con profilo
professionale di _____ categoria _____
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato a tempo pieno
 a part time orizzontale a part time verticale con prestazione lavorativa resa su n. ___ giornate

C H I E D E

l'applicazione del beneficio previsto dal comma 6 dell'art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni in quanto è stato riconosciuto persona con handicap in situazione di gravità dalla apposita Commissione istituita presso l'AUSL di _____ come attestato dall'allegato verbale, optando per una delle sottoindicate possibilità, a carattere alternativo:

PERMESSI MENSILI (apporre una crocetta nel caso che ricorre)

- n. 3 giorni di permesso mensile retribuito
 n. ___ di giornate di permesso mensili (riproporzionate in relazione all'attuale regime di part time verticale)

PERMESSI GIORNALIERI (apporre una crocetta nel caso che ricorre)

- 2 ore di permesso giornaliero retribuito
 1 ora di permesso giornaliero retribuito (in relazione al regime orario a part-time orizzontale, con orario di lavoro giornaliero inferiore a 6 ore giornaliere)

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi dell'art 46 del DPR 445/2000 e consapevole
delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere dell'art. 75 del DPR 445/2000

- Di necessitare delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- di essere consapevole che le legittime assenze dal servizio per fruire dei permessi comportano ricadute sull'organizzazione della struttura/servizio/ufficio di assegnazione e di impegnarsi a concordare per quanto possibile le relative modalità di fruizione con il proprio Dirigente/Responsabile, e comunque a dargliene comunicazione con congruo anticipo, fatte salve esigenze urgenti e non programmabili legate alla propria situazione di disabilità;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto della normativa a tutela della protezione dei dati personali, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ivi compresa la raccolta e la trasmissione telematica alla apposita banca dati istituita presso il Dipartimento della Funzione Pubblica, finalizzata al monitoraggio e al controllo della legittima fruizione dei permessi;

E SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, in particolare quando il beneficio sia concesso sulla base di un accertamento provvisorio ovvero l'accertamento della situazione di grave disabilità sia soggetto a revisione.

EVENTUALI ANNOTAZIONI E/O DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE

data _____

In fede
