

**Al Direttore Generale
A.O. CITTA' DELLA SALUTE E
DELLA SCIENZA DI TORINO
P.O. CTO – M.ADELAIDE**

**DOMANDA DI PERMESSI ex Legge 104/92
PER ASSISTENZA AL FIGLIO**

Il/la sottoscritto/a
residente in
domiciliato in.....
Tel. Esterno Tel. Interno..... Email.....

CHIEDE

PERMESSI RICHIESTI PER FIGLI DI ETA' INFERIORE AI 3 ANNI

- Il prolungamento del congedo parentale dalal
- oppure**
- 2 ore di permesso giornaliero per tutti i giorni lavorativi (1 ora in presenza di orario giornaliero di lavoro inferiore a 6 ore)
- Giorni di permesso mensile (massimo 3 tra i due genitori)

PERMESSI RICHIESTI PER FIGLI DI ETA' SUPERIORE AI 3 ANNI

- Giorni di permesso mensile (massimo 3 tra i due genitori)

PER PRESTARE ASSISTENZA A

DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA

DOMICILIO

- Convivente con il/la richiedente
- Non convivente con il/la richiedente
- Non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati (eccetto casi previsti dalla norma)
- Non svolge attività lavorativa
- Dipendente presso.....
- Svolge attività lavorativa come lavoratore autonomo/libero professionista/altro

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA CON HANDICAP

COGNOME E NOME	DATA NASCITA	RAP. PARENTELA	PROFESSIONE

DATI DELL'ALTRO GENITORE

Il/la Sig./ra nato a il

residente

domiciliato

- è dipendente presso
- non beneficia, per lo stesso minore handicappato, dei permessi previsti dalla L.104/92
- beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap *alternativamente* con il richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori
- non fruisce del congedo ex art. 42 comma 5 L. 151/00
- non svolge attività lavorativa
- svolge attività lavorativa come lavoratore autonomo- libero professionista.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL/INPS attestante lo stato di gravità dell'handicap, o, per i portatori di sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del cariotipo).

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a si impegna a presentare, qualora non in possesso, il certificato definitivo della Commissione ASL/INPS e di comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie fornite o delle situazioni autocertificate, in particolare l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL/INPS, e la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D Lgs 196/2003
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

I dati sopra riportati sono previsti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento amministrativo per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.

Acquisita l'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione nel rispetto della succitata normativa. Inoltre, dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, può subire una condanna penale e decadere degli eventuali benefici ottenuti.

Data,

Firma