

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

**DOMANDA DI PERMESSI ex Legge 104/92  
PORTATORE DI HANDICAP**

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

**CHIEDE**

- 2 ore di permesso per tutti i giorni lavorativi (1 ora in presenza di orario giornaliero di lavoro inferiore a 6 ore)  
*oppure*  
 giorni di permesso mensile ( massimo 3)

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL/INPS attestante lo stato di gravità dell'handicap.

**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 la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL/INPS.

**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 .....