

## **RICHIESTA BENEFICI L. 104/1992**

**(permessi retribuiti per dipendente portatore di handicap in situazione di gravità)**

Segreteria Trattamento Giuridico - ASUGI  
Ufficio del Personale  
Via del Farneto 3 – Trieste

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

recapito telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

dipendente dell'ASUGI

dipendente dell'IRCCS Burlo Garofolo

a tempo pieno

a tempo parziale

p.t. verticale

p.t. orizzontale

% \_\_\_\_\_

con il profilo professionale di \_\_\_\_\_

in servizio presso la struttura \_\_\_\_\_ (tel. lavoro \_\_\_\_\_)

nominativo coordinatore / Responsabile \_\_\_\_\_

portatore di handicap in situazione di gravità accertata dall'Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### **C H I E D E**

la concessione dei benefici di cui all'art. 33 della Legge 104 del 5 febbraio 1992 (legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

A tal fine allega copia del certificato della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità e copia di quello attestante lo stato di gravità dell'handicap.

**Intende usufruire dei permessi richiesti:**

**a ore** (2 ore di permesso retribuito per tutti i giorni lavorativi della settimana) \*

**a giorni** (3 giorni di permesso retribuito al mese, che saranno indicati in tempo utile al responsabile della Struttura di appartenenza)\* .

(\*Salvo eventuale riduzione del diritto derivante dal rapporto di lavoro a tempo parziale)

Trieste, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_

### **Dichiarazione di responsabilità**

Consapevole delle responsabilità civili e penali per coloro che rendono dichiarazioni false dichiara che le notizie fornite con il presente modulo rispondono a verità. Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni (ferie, eventuali ricoveri a tempo pieno, ecc.) che dovessero intervenire nella situazione sopradescritta, nonché le eventuali modifiche dei periodi richiesti.

Trieste, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_

Firma del responsabile / coordinatore per presa visione \_\_\_\_\_