Al Direttore dell'U.O.C.
Risorse Umane e Affari Generali
A. O. "*Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello"*
Viale Strasburgo, 233
90146 Palermo

Il/la sottoscritto/a _____nato/a il _____

a _____(Prov. _____) residente a _____ (Prov. _____)

in Via/Piazza _____ n°_____ CAP_____N. telefonico (con prefisso)_____

in servizio presso l'U.O. _____P.O._____

in qualità di_____matricola n._____livello di inquadramento: qualifica unica Dirigente___ personale non dirigente ___- data di entrata in servizio_____tipologia di contratto: determinato ___indeterminato___ tipo: pieno___ , part-time ___: misto ___ verticale %___orizzontale %___

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ' per l'anno 2011

(Arti. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

A. Che l'ASL di _____, nella seduta del ___ /___ /_____,

ha riconosciuto la gravita dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) rivedibile il,_____di:

Cognome e Nome_____Grado di parentela [1] _____

(data adozione/affido)_____ data e luogo di nascita_____

_____(Prov. _____) residente a _____(Prov._____)

in Via/Piazza _____n°_____CAP_____

n. telefonico (con prefisso)_____ domiciliato a _____

(Prov._____)_in via _____impegnato in attività lavorativa: NO___ SI___

presso:_____con la qualifica di_____

tipologia di contratto: determinato ___indeterminato___ tipo: pieno___ part-time ___: misto ___ verticale %___orizzontale %___

beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92: permessi mensili___ a ore__

[1] Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc

B. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

(specificare i familiari conviventi)

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

□ di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata; □ che la persona per la quale sono stati chiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria; □ Che la persona per la quale sono stati chiesti i permessi è ricoverata presso Istituti/Case di riposo pubblici o privati che non assicurano assistenza sanitaria (specificare denominazione e indirizzo) :
□ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap; *oppure* □ che ("altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);
□ di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato *oppure* □ di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornire assistenza;

C. Solo per coloro che hanno chiesto i permessi per assistere un parente/affine di 3° grado:

□ che i seguenti parenti/affini di 1° e 2° grado, non hanno chiesto i benefici della legge 104/92 per l'assistenza al disabile, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza (indicare il n°/lett. corrispondente ad una o più motivazioni sottoelencate	FIRMA

Elenco delle motivazioni che impediscono ai parenti/affini fino al 2° di fornire assistenza alle persone handicappate ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104/92:

1)
   a. riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le *pensioni di inabilità* o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate);
   b. riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le *pensioni di invalidità civile,* gli *assegni di invalidità* INPS, *le rendite INAIL,* e simili), che individuino, direttamente o indirettamente,una infermità superiore ai 2/3;
   c. età superiore ai 65 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
   d. età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente);
   e. infermità temporanea per ricovero ospedaliero.

2) Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario dovranno essere valutati dal medico della Sede INPS al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza.

D. Solo per coloro che hanno chiesto i permessi in qualità di disabile lavoratore:

di fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

- o tre giorni al mese;
- o due ore al giorno dalle ore __alle ore_____ ;

E. Agevolazioni fruite:

- **a.** Avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita: si___no___;
- **b.** Trasformazione del rapporto di lavoro in regime part-time nel 2011: si__no__ dal _____al_____ tipo: misto ___ verticale %___orizzontale %___;
- **c.** Trasformazione del rapporto di lavoro da part-time a tempo pieno nel 2011: si__no__ dal _____

DICHIARA INOLTRE

(obbligatorio)

- o (solo per il portatore di handicap) di necessitare delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- o di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- o 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 per l'effettiva tutela dei disabili.
- o di impegnarsi a comunicare **immediatamente** eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli arti. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n.° 445.

Data _____

Il/la Dichiarante _____

Informativa Privacy e consenso al trattamento dei dati sensibili.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto legislativo 30/06/2003 n.196, "Codice in materia di protezione dei dati personali" , i dati personali ordinari , sensibili e giudiziari eventualmente resi o trattati da codesta U.O.C. Risorse umane e Affari Generali sono raccolti esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali, per finalità strettamente connesse al procedimento amministrativo e per l'esecuzione delle operazioni relative ai benefici richiesti dal dipendente.
A tal fine i dati potranno essere trasmessi a soggetti terzi (nonché al Ministero della Funzione Pubblica, Polizia Municipale) che svolgono funzioni strettamente connesse alla fruizione dei benefici richiesti.
Il trattamento sarà effettuato attraverso l'utilizzazione di strumenti informatici, telematici e cartacei per i quali sono impiegate misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e ad evitarne l'accesso a soggetti non autorizzati, in conformità alle norme di legge e regolamenti .
Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, pertinenza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza dei dipendenti e dei loro diritti.
In qualunque momento l'utente può far valere i diritti previsti dal Decreto legislativo 30/06/2003 n.196, in particolare:

- richiedere la conferma dei dati personali che lo riguardano;
- riceverne comunicazione intellegibile,
- avere informazioni circa la logica e le finalità del Trattamento;
- richiederne l'aggiornamento,la rettifica, l'integrazione;
- richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione della legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti;
- opporsi in tutto o in parte al trattamento dei dati personali sebbene pertinenti allo scopo della raccolta.

CONSENSO

Il sottoscritto preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto Legislativo 30/06/2003 n.196 acconsente, all'istruzione, alla definizione, e alla comunicazione inerente la richiesta dei benefici:

1. al trattamento di eventuali dati sensibili;
2. al trasferimento dei propri dati personali;
3. alla comunicazione dei propri dati sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di recapito, di archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti;
4. alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri Enti ed Amministrazioni Pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire la richiesta il sottoscritto consente al trattamento dei propri dati personali e sensibili.

_____
data

firma_____