

REGIONE CAMPANIA

Costituita ex art.2, comma 1, lettera a) della L.R. n.16 del 28 Novembre 2008
Sede: Via C. Alvaro n.8 – c.a.p. 80072 Pozzuoli(NA)
P.I. 06321661214 – C.F. 96024110635

ASL NA 2 NORD

Prot. n° 44866
del - 2 NOV. 2015

A tutti i Dipendenti dell'A.S.L. Napoli 2 Nord
Ai Direttori dei Distretti
Ai Direttori dei PP.OO.
Ai Direttori di UU.OO.CC.
Al Direttore Dipartimento di Prevenzione
Al Direttore Dipartimento delle Dipendenze
Al Direttore D.S.M.
Al Direttore Dipartimento Farmaceutico
Al Direttore del Dipartimento Materno Infantile
Al Direttore del Dipartimento dei Servizi Sanitari

Loro S E D I

Oggetto: Beneficiari Permessi ai sensi della Legge n.104/1992 e ss.mm.ii. – Anno 2016 -

Si rappresenta alle SS.LL. che per il 30/11/2015 deve pervenire allo scrivente servizio, debitamente compilato da parte dei dipendenti interessati, il **modello n.1(familiari)** e **modello n.2(per se stesso)**, relativo al rinnovo della fruizione dei permessi di cui all'oggetto per l'anno 2016.

Si prega d'inviare le istanze afferenti alle singole strutture, in un unico plico corredato dall'elenco nominativo degli istanti.

Tanto al fine di autorizzare la fruizione dei beneficiari a partire dall'01/01/2016.

Si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Il Responsabile del Settore Giuridico
dott.^{SSA} D'Angelo Rossella



Il Direttore dell'U.O.C. Servizio G.R.U.
dott.^{SSA} Cristiano Tosca





aslnapoli2nord

www.aslnapoli2nord.it - info@aslnapoli2nord.it

Regione Campania

Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord

Costituita ex art.2, comma 1, lettera a) della L.R. n.16 del 28 Novembre 2008

Sede: Via C. Alvaro n.8 – 80072 Monterusciello - Pozzuoli(NA)

P.I. 06321661214 – C.F. 96024110635

Modello n.1 (Rinnovo)

**Al Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane
ASL Napoli 2 Nord**

____ I ____ sottoscritt _____ matr. _____ nat ____ a
____ il _____ residente a
____ Via _____ in servizio
presso _____

CHIEDE

di usufruire dei permessi previsti dalla Legge 104/92 e ss.mm.ii, **per l'anno** _____, per l'assistenza a:
Cognome e nome _____, nat ____ a
____ il _____ e _____ residente a
____ Via _____
grado di parentela _____.

A tal fine, il/ la sottoscritt ____/____

DICHIARA CHE

Ai sensi artt.46 e 47 del DPR445/00

che la persona da assistere è riconosciuto invalido con connotazione di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/1992, come da certificazione già in possesso di codesta Amministrazione;

che la persona da assistere è in vita;

che la persona assistita non è ricoverata a tempo pieno presso un Istituto specializzato;

Che nessun altro familiare beneficia dei permessi di cui è caso per la stessa persona;

____ I ____ sottoscritt ____ ,

si impegna a comunicare con immediatezza il venir meno delle condizioni che hanno determinato la concessione del beneficio;

acconsente al trattamento dei propri dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

✓ **allega fotocopia documento di riconoscimento;**

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE DICHIARANTE :

Il/la sottoscritto/a, _____ consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre, dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Il Dichiarante

data _____

UOC GRU Settore Giuridico-Via P.M. Vergara Palazzo Ex Inam 80027 Frattamaggiore-Na-

Recapiti 081/188.40.203 – 206 – 205 – 204.

Mail: settore.giuridico@aslnapoli2nord.it

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord
Costituita ex art.2, comma 1, lettera a) della L.R. n.16 del 28 Novembre 2008
Sede: Via C. Alvaro n.8 – 80072 Monterusciello - Pozzuoli(NA)
P.I. 06321661214 – C.F. 96024110635

Modello n.2 (Rinnovo)

**Al Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane
ASL Napoli 2 Nord**

__l__ sottoscritt _____ matr. _____ nat__ a
_____ il _____ residente a
_____ Via _____ in servizio
presso _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art.33 della Legge 104/92, modificato dalla Legge n.53 del 08/03/2000, artt.19 e 20, dalla Legge n.183/2010 e delle vigenti norme contrattuali, di usufruire per se stessi ___ di :

3 giorni di permesso retribuiti mensili;

2 ore giornaliere per ogni giorno di lavoro effettivamente prestato, essendo l__stess__ già stat__riconoscut__portatore di handicap grave (ex art.3, comma 3, Legge 104/1992 e ss.mm.ii.).

A tal fine, il/ la sottoscritt __/__

DICHIARA CHE

Ai sensi artt.46 e 47 del DPR445/00

__l__ sottoscritt__ è riconosciut__ invalid__ con connotazione di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/1992 e ss.mm.ii., come da certificazione già in possesso di codesta Amministrazione;

si impegna a comunicare con immediatezza il venir meno delle condizioni che hanno determinato la concessione del beneficio;

acconsente al trattamento dei propri dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 ess.mm.ii.

✓ **allega fotocopia documento di riconoscimento;**

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE DICHIARANTE :

Il/la sottoscritto/a, _____ consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre, dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

data _____

Il Dichiarante
