

Al Direttore dell'U.O.C. Risorse Umane  
A. O. "Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello"  
Viale Strasburgo, 233  
90146 PALERMO

TRASMETTERE SOLO A MEZZO  
PEC: [RISORSEUMANE.OSPEDALIRIUNITIPALERMO@POSTECERT.IT](mailto:RISORSEUMANE.OSPEDALIRIUNITIPALERMO@POSTECERT.IT)

OVVERO

BREVI MANU AL PROTOCOLLO AZIENDALE

## Dichiarazione di sussistenza per l'anno 2024, del Lavoratore che ha fruito dei permessi della legge 104/92, per assistenza a familiare.

### PARTE PRIMA: Dati anagrafici

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso:  Maschio  Femmina

Data di Nascita: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: Nazione: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

Residenza: Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Domicilio: Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Dipendente di questa A.O.O.R. con la qualifica di \_\_\_\_\_

matricola n. \_\_\_\_\_ presso l'UOC \_\_\_\_\_

numero del luogo di lavoro \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### PARTE SECONDA: Dati contrattuali

Livello di inquadramento:

Dirigente  Non Dirigente Data presa in servizio: \_\_\_\_\_

Durata:  A tempo indeterminato  A tempo determinato

Tipologia di contratto:

A tempo pieno

Part-time Tipo:  Orizzontale  Verticale  Misto Percentuale: \_\_\_\_\_ %

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**PARTE TERZA: Scheda informativa persona assistita**

**COGNOME:** \_\_\_\_\_ **NOME:** \_\_\_\_\_

Maschio       Femmina      Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: Provincia \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Data di Nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Domicilio: Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**Tipo disabilità:**

Non Rivedibile       Rivedibile      Anno Revisione \_\_\_\_\_       in atto con iter di revisione

**RISPETTO ALL'ASSISTITO IL DIPENDENTE È:**

**Genitore**

se l'assistito è un figlio indicare se è minore di tre anni: SI  NO

la fruizione è alternativa con l'altro genitore SI  NO  l'altro genitore è dipendente pubblico SI  NO

se SI quale Amministrazione: \_\_\_\_\_

**Figlio**       **Coniuge**       **FIGLIO**

**Parente o affine fino al 3°:** indicare la motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, I. n. 104 del 1992 e s.m.i.

- Coniuge della persona disabile con età superiore a 65 anni
- Genitori della persona disabile con età superiore a 65 anni
- Coniuge affetto da patologia invalidante
- Genitori affetti da patologia invalidante
- Coniuge deceduto o mancante
- Genitori deceduti o mancanti
- coniugato in condizioni di abbandono
- divorziato
- non ha figli

**L'assistito è dipendente pubblico:** SI  NO  se dipendente pubblico indicare l'Amministrazione: \_\_\_\_\_

tipo rapporto/contratto:  Tempo indeterminato  Tempo determinato

**la fruizione è alternativa con ALTRO familiare** \_\_\_\_\_ SI  NO

è dipendente pubblico SI  NO  se SI quale Amministrazione: \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

<b>PARTE QUARTA: Dichiarazioni del dipendente</b>
---

**Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:**

Di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente che disciplina le norme in materia di permessi retribuiti, ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92 e successive modificazioni, **autorizzato con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_ ovvero in iter di revisione n. \_\_\_\_\_ R.U. del \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_;**

che in atto persiste lo stato di gravità dell'handicap;

di avere fruito durante l'anno **2024** di periodi di congedo retribuito biennale Straordinario;

il giudizio della Commissione è stato **revocato** in data \_\_\_\_\_;

che il familiare \_\_\_\_\_ è ricoverato a tempo pieno presso casa di riposo/famiglia/alloggio  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

che il portatore di handicap grave \_\_\_\_\_ convive con il lavoratore che chiede i permessi;

che la distanza tra la residenza del beneficiario dei permessi e l'assistito è inferiore a Km.150;

che la distanza tra la residenza del beneficiario dei permessi e l'assistito è superiore a Km.150;

l'assistito è deceduto in data \_\_\_\_\_;

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;

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 artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n.° 445;

**che in atto nulla è cambiato rispetto a quanto concesso e dichiarato in sede di concessione di legge 104/92;**

altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

**Agevolazioni fruito:**

Avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita:  sì  no;

il rapporto di lavoro è stato trasformato in regime di part-time nel 2023:  sì  no;

Percentuale: \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

## PARTE QUINTA: 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.

## PARTE SESTA: Allegati

1. Copia del documento di identità in corso di validità del portatore di handicap;
2. Copia del documento di identità in corso di validità del dipendente;
3. Copia del Verbale legge 104/92;

## AVVISO

**Si comunica che i permessi mensili retribuiti di cui all'art. 33 comma 3 della L. 104/92 sono fruibili mensilmente in una sola modalità (3 giorni / 18 ore) con le seguenti precisazioni:**

- 1. a giorni nel limite di 3 giorni mensili;**
- 2. a ore nel limite di 18 ore mensili, precisando che non possono essere superate le 6 ore giornaliere e non è consentita la frazione di ora;**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_