



**Richiesta fruizione permessi Legge 104
(Portatore di handicap lavoratore)**

AL RESPONSABILE
DEL SERVIZIO/UNITA' OPERATIVA
SEDE

Il sottoscritt _____

qualifica _____ ;

in servizio presso l'U.O./Servizio _____

del Presidio Ospedaliero/Dipartimento/Distretto/Sede di _____ ,

C H I E D E

di assentarsi dal servizio, per l'intera giornata, nei giorni:

e/o per mezza giornata, o a ore nei giorni:

(specificare se mattino o pomeriggio o dalle alle)

ai sensi della Legge 104/1992 art. 33 c.3 – Legge 53/2000 artt. 19/20 e D. Lgs 151/2001 art. 42

data _____

(firma dell'interessata/o)

Visto: IL RESPONSABILE U.O./SERVIZIO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali che la legge commina per la dichiarazione mendace e per l'esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità (art.76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il portatore di handicap per il quale viene presentata la domanda è lavoratore dipendente presso _____
_____ e che lo stesso non ha prestato servizio nei giorni sopra indicati.

IL/LA DICHIARANTE

Pieve di Soligo, li _____

Allega documento di identità in corso di validità

Documento approvato da:

Responsabile del Servizio Personale

Versione 1 del 10/2010 Codice aziendale: R013_01_GE43 Pagina 1/1