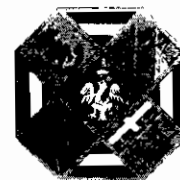




AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12 00041 Albano Laziale (Roma)
Tel. 06 93.27.1 - Fax 06 93.27.38.66



U.O.C. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE
U.O.S. TRATTAMENTO GIURIDICO

Prot. N° 45786 Allegati N° _____

Albano li 30 MAG. 2011

A tutti i dipendenti dell'Azienda USL RM/H
Area Comparto
Area Dirigenza SPTA
Area Dirigenza Medica e Veterinaria

E p.c. Agli uffici Giuridici territoriali
H2 - H1/H3 - H5 - H6

OGGETTO : Modifiche alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza alle persone con disabilità - Legge 4 novembre 2010, n. 183, art. 24 - Integrazione Comunicato ai dipendenti prot. 43193 del 20/5/2011.

Ad integrazione del comunicato citato in oggetto si allega il modello per la fruizione della legge 104 che deve essere compilato dai dipendenti che fruiscono delle agevolazioni per se stessi.

I dipendenti che fruiscono dei benefici e delle agevolazioni per il coniuge ovvero per parenti od affini entro il terzo grado, dovranno compilare il modello allegato al precedente comunicato sopra citato.

Il modello, debitamente compilato, dovrà essere consegnato, **entro il 20 giugno 2011, all'Ufficio Giuridico di afferenza territoriale** che provvederà al recapito presso la Sede Centrale di Albano Laziale, dopo aver all'occorrenza guidato il dipendente nella compilazione dello stesso. In alternativa i dipendenti interessati potranno consegnare quanto sopra direttamente alla UOS Trattamento Giuridico presso la sede centrale - Albano Laziale.

Il modello - aggiornato alle disposizioni e previsioni della nuova normativa sopra richiamata - contiene infatti una serie di informazioni e dichiarazioni che ogni Pubblica Amministrazione è tenuta ad acquisire al fine del riesame, in prima applicazione, della titolarità ai benefici in godimento e della successiva periodica comunicazione delle risultanze alla banca dati del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Il presente comunicato viene pubblicato sul portale aziendale www.aslromah.it nell'apposita sezione **Circolari e ordini di servizio** oltreché nelle consuete stazioni di pubblicità aziendale.

Ai Responsabili delle Strutture, si chiede di darne la massima diffusione, nei modi che riterranno più opportuni, tenuto conto dell'importanza della materia trattata e delle disposizioni con la stessa impartite.

IL DIRETTORE
UOC GESTIONE RISORSE UMANE
DR.SSA ANNA MARIA SEGATORI

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
DR.SSA CRISTINA MATRANGA

Il dirigente
UOS Trattamento Giuridico
Dr.ssa Paola Rabba



AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12
00041 Albano Laziale (Roma)
Tel. 06 93.27.1 - Fax 06 93.27.38.66



RICHIESTA BENEFICI

Legge 5 febbraio 1992, n. 104

Da parte del dipendente

Cognome	Nome	Matricola

Per la concessione

- di permessi retribuiti per un massimo di 3 giorni al mese.
- di permessi orari fino ad un massimo di 18 ore mensili, usufruibili anche in mezza giornata di 3 ore, nel limite di 6 assenze mensili.
- di riposi giornalieri retribuiti con la riduzione dell'orario di servizio di due ore, articolati come segue:
orario attuale: dalle ore _____ alle ore _____
orario ridotto: dalle ore _____ alle ore _____

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a il _____
in _____ prov. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in servizio presso codesta Azienda, U.O.C. _____

in qualità di _____, a tempo indet., a tempo det., a tempo parziale.

Residente in _____, cap. _____, prov. _____,

Via/Piazza/ _____, n. _____, sc. _____, int. _____.

Indicare il domicilio solo se diverso dalla residenza:

Domiciliato/a in _____, cap. _____, prov. _____,

Via/Piazza/ _____, n. _____, sc. _____, int. _____.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

1. Di necessitare delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
2. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

3. Di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione ed un impegno di spesa che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
4. Di essere a conoscenza che i dati personali forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito dell'azione amministrativa, verranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità strettamente connesse all'esecuzione della L. 104/92 e successive modifiche ed integrazioni, solo nel rispetto delle procedure previste dalla legge 31 dicembre 1996, n. 675, e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività di questa Azienda;
5. Di essere a conoscenza che un eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti non consente all'Azienda la definizione dell'istanza con l'emanazione del provvedimento amministrativo e che pertanto il presente modulo va compilato in ogni sua parte;
6. Di essere a conoscenza di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace;
7. Di essere a conoscenza che i controlli saranno effettuati ai sensi del disciplinare di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1641 del 28/12/2010;
8. Di essere consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che pertanto le eventuali dichiarazioni risultate non veritiere saranno perseguite a norma di legge;
9. Di essere a conoscenza che il Responsabile del Procedimento è il Funzionario individuato come tale presso la sede legale dell'Azienda U.S.L. Roma H, in Albano Laziale.

ALLEGA ALLA PRESENTE

- COPIA DEL VERBALE** di riconoscimento delle condizioni previste dall'art. 3, comma 3, della legge 104/1992;
- CERTIFICATO del medico specialista nella patologia di cui è affetto se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) e 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione della istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato dalla competente Commissione Medica il prescritto verbale.**
- COPIA DEL PROPRIO DOCUMENTO di riconoscimento:** _____
n. _____, rilasciato da _____
in corso di validità.

Data _____

firma _____