



(Allagato 1)

Al Dirigente Responsabile del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
( P.O. o DSB di competenza)

Al Responsabile dell'U.O. di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(responsabile dell'U.O. di appartenenza)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ( Matr. N. \_\_\_\_\_ ) nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
con la qualifica di \_\_\_\_\_ con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ per ricevere comunicazioni.

### CHIEDE

così come previsto dall'art.33 comma 3 della Legge 104/92

- ( ) Tre giorni al mese.
- ( ) 18 ore al mese ( N.B. SOLO PER IL PERSONALE DEL COMPARTO SANITA' "riferimento CCNL 2019-2021")
- ( ) Di fruire dei permessi orari ( **2 ore di permesso per tutti i giorni lavorativi destinati a chi usufruisce dei permessi per se stesso**);

### DATI DELLA PERSONA DA ASSISTERE IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
grado di parentela con il richiedente \_\_\_\_\_ in condizione di handicap grave  
accertata dall'Asp/Inps di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (con rivedibilità per il  
mese di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_).

- Si allega :** 1( X ) Verbale Legge 104/92 (IN COPIA AUTENTICATA "LEGGE BASSANINI" );  
2(X) Documento di riconoscimento (n.b. persona disabile e dell'interessato);  
3( ) Allegato "A" fino al II° Grado di parentela -dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
4( ) Allegato "B" fino al III° Grado di parentela -dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
5( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA AI SENSI D.LGS N.196/2003 L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO - AL TRATTAMENTO DI DATI FORNITI CON LA PRESENTE ISTANZA O FORNITI SUCCESSIVAMENTE NEL CORSO DEL PROCEDIMENTO FINALIZZATO ALLA CONCESSIONE DEL BENEFICIO RICHIESTO. E' CONSAPEVOLE CHE DETTI DATI POTRANNO ESSERE FORNITI AD AMMINISTRAZIONI O ENTI PUBBLICI NONCHÉ ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA E DI POLIZIA, PER LE FINALITA' ED I CONTROLLI PREVISTI DALLA VIGENTE NORMATIVA.

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

=====  
**Parenti di primo grado** - Figli e genitori (linea retta) **Parenti di secondo grado** - Fratelli e sorelle; linea collaterale: sorella, padre (non si conta), sorella. - Nipoti e nonni; linea retta: nipote, padre, nonno (non si conta). **Parenti di terzo grado**: - Nipote e zio; linea collaterale: nipote, padre, nonno (non si conta - zio). - Bisnipote e bisnonno; linea retta: bisnipote, padre, nonno, bisnonno (non si conta).  
**Affini di primo grado** - Suocero e genero (in quanto la moglie è parente di primo grado con il proprio padre), suocero e nuora **Affini di secondo grado** - marito e fratello della moglie (in quanto la moglie è parente di secondo grado con il proprio fratello), etc. **Affini di terzo grado** - zio del marito rispetto alla moglie (lo zio è parente di terzo grado rispetto al marito-nipote), zia della moglie rispetto al marito ecc..