

DOMANDA ANNUALE PERMESSI EX ART.33 L.104/1992 E SS.MM.

(PER STATUS PERSONALE)

AL COMUNE DI SESTU
Ufficio del Personale

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____,
dipendente presso l'Amministrazione comunale di Sestu a tempo indeterminato determinato mediante prestazione
lavorativa a tempo pieno a tempo parziale (ore settimanali ____), attualmente assegnato/a presso l'ufficio/servizio
_____, con riferimento all'anno _____ (LA DICHIARAZIONE VA RIPRESENTATA ENTRO IL 31
GENNAIO DELL'ANNO SUCCESSIVO LADDOVE IL DIPENDENTE VOGLIA E POSSA CONTINUARE AD USUFRUIRE DEI PERMESSI)

CHIEDE:

la fruizione dei permessi retribuiti ex articolo 33, comma 6, della L.104/1992, consistenti nel diritto a n.3 giorni (fruibili anche ad ore sino ad un massimo di n.18 mensili), o, alternativamente, a n.2 ore giornaliere, secondo la programmazione redatta tramite l'apposito modulo che lo/la scrivente avrà cura di consegnare all'Ufficio Personale entro l'ultimo giorno del mese precedente a quello in cui beneficerà dei permessi;

ALLEGA IN MERITO:

- certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap, a carattere permanente o provvisorio essendo stato dichiarato rivedibile il _____;
- certificato provvisorio del medico specialista ASL (valido sino alla conclusione del procedimento per il rilascio del certificato della Commissione ASL), se non ancora rilasciato quello della competente Commissione ASL; quest'ultimo va comunque prodotto all'Ufficio appena disponibile.

Laddove usufruisca dei permessi in virtù di un certificato provvisorio, il dipendente è consapevole che qualora il certificato definitivo non dovesse confermare la sussistenza dei requisiti per l'ammissione al beneficio, sarà necessario recuperare le ore già fruite mediante incremento orario della ordinaria prestazione lavorativa o, se ciò non fosse possibile, si procederà al recupero economico delle somme corrispondenti.

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente all'Ufficio Personale ogni intervenuta modifica al proprio status che, rispetto a quanto dichiarato nella presente, possa determinare il decadimento o la modificazione del beneficio di cui trattasi, pena la comminazione delle previste sanzioni disciplinari.

Data _____

Il/la Richiedente _____

Data _____

Visto, il Responsabile del Servizio di appartenenza _____