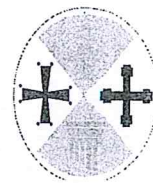




Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

Soc Area Risorse Umane e Formazione  
P.P.O.O. Pugliese Ciaccio

AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
"Renato Dulbecco"  
Catanzaro



REGIONE CALABRIA

Prot. N. 31116 del 01/12/2023

Direzione Sanitaria  
Direttori di Dipartimento  
Direttori di Struttura

e p.c. Al Commissario Straordinario  
Al Direttore Amministrativo  
Al Direttore Sanitario

**OGGETTO:** verifica annuale dei requisiti per i permessi legge 104/92 anno 2024 .

Ai fini della verifica annuale dei requisiti per i permessi previsti dall'art.33 della Legge 104/92 è necessario che i dipendenti autorizzati alla fruizione facciano pervenire, tramite Protocollo Generale, entro e non oltre il 10 gennaio 2024 la dichiarazione dell'esistenza in vita del familiare assistito redatta secondo il modello allegato alla presente.

Qualora la dichiarazione non dovesse pervenire nel termine sopra indicato si procederà alla sospensione immediata del beneficio.

Si invita pertanto i Sigg. in indirizzo, ognuno per la parte di propria competenza, a dare della presente comunicazione una più ampia diffusione, fermo restando che si procederà a pubblicarla anche sul sito aziendale affinché tutti i dipendenti ne vengano a conoscenza

Il Dirigente Settore Giuridico  
Dr.ssa Laura Fondacaro

Il Dirigente  
Dr.ssa Antonella Ciampa

Spett.le Azienda Ospedaliero –Universitaria Renato Dulbecco  
Area Risorse Umane  
Via V. Cortese 25  
88100 Catanzaro

Oggetto: verifica annuale requisiti per i permessi L.104/92 – Anno 2024

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### COMUNICA

per l'anno 2024 la prosecuzione alla fruizione dei permessi previsti dall'art.33 della Legge 104/92 per:  
\_\_\_\_\_ (Cognome e Nome del familiare con handicap grave)  
\_\_\_\_\_ (grado di parentela)\* \_\_\_\_\_ (Codice fiscale  
del familiare con handicap grave) residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### A TAL FINE DICHIARA CHE

- Il disabile è in vita;
- La situazione che aveva dato titolo ad usufruire tali benefici non è variata;
- Il disabile non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ.Min. Funz. Pubblica n.13/2010)
- Nessun altro familiare usufruisce dei permessi in oggetto per la stessa persona portatrice di handicap grave (unica eccezione i genitori per i figli, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente)

### E ASSERISCE CHE

- Presta assistenza nei confronti del disabile per il quale chiede le presenti agevolazioni;
- È consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno- morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- È 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 de D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti.

In Fede

\_\_\_\_\_

---

\*Se terzo grado di parentela(bisnonno o pronipote) o affinità (zio/zia ed il nipote da fratello o sorella) dichiarare condizioni particolari:-assenza del coniuge o dei genitori del disabile, oppure età anagrafica di 65 anni compiuti degli stessi, o che questi siano affetti da patologie invalidanti