N°_____/200__ R. Ass.

Domanda per usufruire in via provvisoria dei permessi retribuiti in favore dei lavoratori in situazione di disabilità

(artt. 3, 21 e 33 L.104/1992 e 33, comma 1-2-3, CCNL 2018 e succ. modd. Circ. INPS 29 aprile 2008 n. 53 - Circ. Funz. Pubbl. del 5 settembre 2008 n. 8)

Al Sig. Dirigente Amministrativo del
S E D E

Il/La sottoscritto/a_____, in servizio presso questo Ufficio, con qualifica di _____ ,

avendo presentato domanda alla competente Commissione Medica per l'accertamento della disabilità in situazione di gravità,

c h i e d e

di poter fruire in via provvisoria dei permessi retribuiti con la seguente modalità:

- o tre giorni interi mensili;
  18 ore mensili (nell'eventuale frazionabilità);
- o due ore giornaliere;
- o _____(in caso di part-time/contratto a tempo determinato);

dichiara

di impegnarsi alla restituzione/recupero delle prestazioni/permessi che, a procedimento definitivamente concluso, risultassero indebitamente percepite per mancato riconoscimento delle condizioni di gravità dell'handicap da parte della citata Commissione medica.

Allega:

- certificato provvisorio rilasciato da medico specialista o copia conforme attestante la patologia da cui risulta affetto ;
- Documentazione attestante la presentazione della richiesta con indicazione della data di deposito;

Cagliari/Nuoro/Oristano/Sassari, _____

_____

Il Dirigente

letta l'istanza che precede, esaminata la documentazione allegata e ritenendo sussistenti i requisiti di legge,

AUTORIZZA PROVVISORIAMANTE

quanto richiesto

Cagliari/Nuoro/Oristano/Sassari, _____

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo, ai sensi del D. Lgs. N. 196 del 30/06/2003. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.