

Alla Direzione Generale  
Dell' Azienda Sanitaria Provinciale  
RAGUSA

Oggetto: permessi mensili retribuiti ai sensi del comma 3° dell'art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni introdotte dagli artt. 19 e 20 della L. n. 53/2000. -- **RINNOVO AUTORIZZAZIONE**

**ISTANZA CONTENENTE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

il / la sottoscritt \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dipendente di questa Azienda con la qualifica di \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

n. telefonico \_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_

a conoscenza delle **sanzioni penali** richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal decreto stesso;

a conoscenza altresì che le dichiarazioni contenute nella presente istanza, qualora abbiano un contenuto non veritiero comportano, oltre alle predette sanzioni, la **decadenza dai conseguenti benefici**.

**CHIEDE**

Il rinnovo per l'anno 202\_\_ della autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ precedentemente concessa per la fruizione dei benefici di cui all'art. 33 comma 3° della Legge 104/92. A tal fine

**DICHIARA**

Che restano immutati i presupposti già valutati in occasione della istanza iniziale pertanto (barrare le voci di interesse) :

- il / la sottoscritt \_\_\_\_\_ assiste con continuità il parente o l'affine disabile;
- nessun altro parente o affine entro il 3° grado gode di analogo permesso per lo stesso disabile;
- non si è proceduto a rettifiche o non è stato revocato o modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap;
- il disabile non si trova ricoverato presso istituti o case di cura pubbliche o private;
- nessun altro convivente è stato nel frattempo inserito nel nucleo familiare del disabile;
- ovvero sono intervenute le seguenti variazioni: \_\_\_\_\_

il / la sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara inoltre che con la sottostante firma si intendono rilasciate tutte le dichiarazioni di cui ai precedenti punti.

Luogo e data \_\_\_\_\_  
Il presente modello deve pervenire entro il 15 dicembre di ogni anno

Il dichiarante \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia di un valido documento di riconoscimento