

MODULO RINNOVO ANNUALE BENEFICI L. 05.02.1992, n. 104 - ANNO 2026

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

RICHIEDENTE:

MATR. _____ COGNOME _____ NOME _____
LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____
INDIRIZZO DI RESIDENZA _____ COMUNE DI RESIDENZA _____
PROV. _____ CAP _____ N. TELEFONICO _____

SPECIALISTA/PROFESSIONISTA AMBULATORIALE NELLA BRANCA/SPECIALITA' _____
PRESSO IL SERVIZIO/DISTRETTO _____ CON RESPONSABILE _____

In qualità di:

- ☐ MEDICO SPECIALISTA/ PROFESSIONISTA CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA'
- ☐ MEDICO SPECIALISTA/PROFESSIONISTA CHE ASSISTE FAMILIARE CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

CHIEDE

Di usufruire del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i per la cura della sua situazione di gravità, o per l'assistenza al proprio familiare disabile.

DICHIARA CHE L'ASSISTITO (solo per assistenza altro soggetto):

COGNOME _____ NOME _____ C.F. _____
DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____
RESIDENZA _____
PROFESSIONE _____ DATORE DI LAVORO _____

HA CON IL SOTTOSCRITTO IL SEGUENTE RAPPORTO DI PARENTELA:

- ☐ Genitore ☐ Figlio/a ☐ Coniuge ☐ Convivente

Altro parente o affine entro il seguente grado (specificare): _____

IL SOTTOSCRITTO INOLTRE DICHIARA CHE:

☐ Di essere in possesso del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave (in caso di verbale con revisione il sottoscritto comunica la scadenza prevista il _____);

☐ La persona disabile non è ricoverato a tempo pieno;

☐ La persona disabile non è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;

☐ La persona disabile è parente o affine di terzo grado e che i genitori o il coniuge della persona con disabilità grave abbiano compiuto 65 anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

☐ Di essere l'unico/a beneficiario/a dei permessi per lo stesso soggetto in condizioni di handicap grave.

☐ Di non essere l'unico/a beneficiario/a dei permessi per lo stesso soggetto in condizioni di handicap grave, ma alternativamente al Sig.re/ra _____

C.F. _____, dipendente presso _____

☐ Di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.

I dati richiesti sono obbligatori in assenza dei quali l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi eventualmente spettanti.

Si rammenta che il ricovero presso strutture provviste di assistenza sanitaria determina la sospensione o la decadenza dal diritto alla fruizione del beneficio. Al verificarsi di tale ipotesi, sorge per il medico specialista, medico veterinario, professionista, l'obbligo di dare immediata e formale comunicazione al Servizio Direzione Amm.ne Medicina Convenzionata.

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante, decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

I suoi dati sono trattati nel rispetto del Codice della privacy e s.m.i. e del Regolamento Europeo 679/2016, come meglio specificato nella informativa per i dipendenti visionabile nel Sito Aziendale al seguente link:

www.uslumbria2.gov.it/pagine/privacy

data _____

Firma _____

N.B.

Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità

Inviare il presente modulo compilato alla seguente PEC aziendale: aslumbria2@postacert.umbria.it