



UNIONE DEI COMUNI “COLLI EUGANEI”
Provincia di Padova
ARQUA’ PETRARCA – BAONE – CINTO EUGANEO

REGOLAMENTO E PROCEDURA OPERATIVA
PER LA RICHIESTA E LA CONCESSIONE
DEI PERMESSI PER ASSISTENZA AL PORTATORE DI
DISABILITA’ GRAVE
AI SENSI DELL’ARTICOLO 33 DELLA LEGGE N. 104/1992

Approvato con deliberazione di Giunta n.67 dell’ 8.10.2018

Art. 1 - Generalità

L'art. 33, commi 3 e 6, della Legge n. 104/92, così come modificato dalla Legge n.183/2010 e dal D. Lgs. n. 119/2011, prevede agevolazioni lavorative per il lavoratore disabile con connotazione di gravità e per il dipendente che assiste familiare con disabilità grave.

La situazione certificata di handicap grave, ai sensi dell'art. 33, comma 3, della L. n. 104/92, costituisce il presupposto per la fruizione dei permessi.

I permessi in questione sono utili ai fini della tredicesima mensilità e non riducono le ferie.

Art. 2 - Aveni diritto

I soggetti legittimati alla fruizione dei permessi sono:

- Dipendenti con handicap in situazione di gravità;
- Genitori, anche adottivi, che assistono figli con handicap in situazione di gravità;
- Dipendenti che assistono il coniuge, il convivente di fatto (di cui ai commi 36 e 37 dell'art. 1 della Legge n. 76/2016), un parente o affine entro il secondo grado in situazione di handicap grave.

Nel caso in cui i genitori o il coniuge/il convivente di fatto del disabile in situazione di gravità abbiano compiuto il 65° anno di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, il diritto alla fruizione dei benefici spetta ai parenti od affini entro il terzo grado;

- Dipendenti parti di un'unione civile e ai conviventi di fatto con riferimento al proprio partner.

Art. 3 - Presentazione istanza

Il dipendente interessato ha l'onere di presentare apposita istanza per la fruizione delle agevolazioni e di dimostrare la sussistenza dei presupposti di legittimazione attraverso la produzione di idonea documentazione.

In particolare è tenuto alla presentazione:

- del verbale della commissione medica dal quale risulti l'accertamento della situazione di handicap grave;
- della documentazione ovvero apposite dichiarazioni sostitutive, che certifichino:
 - il grado di parentela con il disabile
 - l'assenza di ricovero a tempo pieno dello stesso disabile

Per ricovero a tempo pieno si intende il ricovero per le intere 24 ore presso le strutture ospedaliere o comunque presso le strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria.

Costituiscono eccezioni a tale presupposto: l'interruzione del ricovero per necessità del disabile per recarsi fuori dalla struttura per effettuare visite o terapie, ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale, ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti documentato il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

Tali situazioni devono risultare da idonea documentazione medica.

- l'individuazione del dipendente quale unico referente del disabile.

Art. 4 - Autorizzazione

In presenza di una istanza di fruizione delle agevolazioni da parte del dipendente e dopo verifica da parte degli uffici afferenti al Servizio Gestione Risorse Umane dell'adequazione nonché della correttezza della documentazione presentata, viene adottato il provvedimento di accoglimento entro il termine massimo di trenta giorni.

Art. 5 - Benefici previsti

Il dipendente in situazione di disabilità grave ha diritto alla fruizione alternativa di:

- tre giorni di permesso retribuito al mese;
- 18 ore di permesso retribuito;
- 2 ore di permesso retribuito per ciascun giorno lavorativo pari o superiore a 6 ore (un' ora di permesso retribuito in caso di orario lavorativo inferiore a 6 ore).

Il dipendente che presta assistenza nei confronti di un parente ed affine entro il terzo grado in situazione di disabilità grave ha diritto alla fruizione di:

- tre giorni di permesso retribuito al mese;
- 18 ore di permesso retribuito.

I dipendenti genitori, anche adottivi, di figlio con handicap in situazione di gravità hanno diritto:

con bambini fino a tre anni di età hanno la possibilità di fruire, in alternativa:

- dei tre giorni di permesso mensile;
- 18 ore di permesso retribuito;
- ovvero delle due ore di riposo giornaliero per ciascun giorno lavorativo pari o superiore a 6 ore (un'ora di permesso retribuito in caso di orario lavorativo inferiore a 6 ore).
- ovvero del prolungamento del congedo parentale a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno, che in tal caso sia richiesta la presenza dei genitori;

con bambini oltre i tre anni e fino ai dodici anni di vita possono beneficiare, in alternativa,

- dei tre giorni di permesso retribuito mensile;
- 18 ore di permesso retribuito;
- ovvero del prolungamento del congedo parentale a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno, che in tal caso sia richiesta la presenza dei genitori.

con figli oltre i dodici anni di età, possono fruire dei tre giorni di permesso mensile o 18 ore di permesso retribuito.

I benefici di cui al presente articolo competono anche al dipendente con rapporto di lavoro part time, nel modo seguente:

Part time orizzontale

- Il permesso dei tre giorni compete per intero.
- Il permesso di 18 ore si riduce in proporzione alle ore lavorate.
- Il permesso di due ore si riduce in proporzione alle ore lavorate.

Part time verticale

- Il numero dei giorni di permesso spettanti va ridimensionato in riferimento alle giornate di lavoro effettivamente prestate.
- Il permesso di 18 ore si riduce in proporzione alle ore lavorate.
- Il permesso di due ore si riduce in proporzione alle ore lavorate.

Art. 6 - Rivedibilità del giudizio

Nell'ipotesi in cui la competente Commissione medica abbia fissato una rivedibilità del giudizio medico legale e alla data di scadenza il dipendente, pur avendo tempestivamente rinnovato la richiesta di conferma del giudizio precedentemente espresso, non sia ancora in possesso del nuovo verbale, si determina la condizione per il proseguimento della fruizione dei benefici.

In tale fattispecie il dipendente deve rinnovare la richiesta dei benefici almeno 20 giorni prima della scadenza, allegando copia dell'istanza di conferma del riconoscimento della condizione di disabilità grave presentata alla sede INPS territorialmente competente.

In tal caso, il dipendente potrà continuare a fruire dei benefici, fino alla data dell'emanazione del successivo giudizio medico legale da parte della competente Commissione.

Si precisa che all'atto della notifica del verbale definitivo il dipendente è obbligato a presentarne immediatamente copia all'Unione.

Qualora invece la Commissione competente non confermi il giudizio precedentemente espresso, la fruizione dei benefici sarà immediatamente interrotta dalla data della visita e del

relativo verbale. Le assenze effettuate a tale titolo dopo la scadenza del precedente verbale, verranno trasformate in giorni ferie.

Art. 7 - Programmazione e giustificazione dell'assenza

Al fine di garantire la funzionalità degli uffici e la migliore organizzazione dell'attività amministrativa, il dipendente, che fruisce dei permessi in questione, predispone, di norma, una programmazione mensile dei giorni in cui intende assentarsi, da comunicare all'ufficio di appartenenza **entro e non oltre l'ultimo giorno lavorativo del mese precedente.**

In caso di necessità ed urgenza, il lavoratore comunica l'assenza nelle 24 ore precedenti la fruizione del permesso e, comunque, non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui il dipendente si avvale del permesso stesso. **Tale necessità ed urgenza dovrà essere giustificata.**

Il dipendente che usufruisce dei permessi per assistere un familiare in situazione di handicap grave, residente in un comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, deve attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, l'effettivo raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

Pertanto il dipendente che si trovi in tale situazione dovrà presentare la documentazione comprovante l'effettuazione del viaggio che potrà consistere nel biglietto del mezzo pubblico, nella ricevuta del pedaggio autostradale, nella copia dell'estratto conto riassuntivo Telepass, attestazione del medico curante del disabile ovvero della struttura presso la quale lo stesso è stato accompagnato dal familiare per effettuare accertamenti o terapie o altra documentazione che comprovi la presenza del dipendente c/o l'assistito.

Nell'ipotesi in cui il lavoratore non produca l'idonea documentazione, l'assenza non potrà essere giustificata a titolo di permesso ex art. 33 Legge 104/92.

Art. 8 - Controlli

L'Unione procederà alla verifica, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dal dipendente all'atto della domanda di concessione dei benefici.

Nel caso in cui dall'accertamento risultasse l'insussistenza dei presupposti per la legittima fruizione dei permessi, l'amministrazione provvederà a revocare i benefici per effetto della decadenza.

Qualora a seguito degli accertamenti emergessero gli estremi di una responsabilità disciplinare del dipendente, l'Unione procederà alla tempestiva contestazione degli addebiti per lo svolgimento del relativo procedimento e, se del caso, alla comunicazione alle autorità competenti delle ipotesi di reato.

Art. 9 - Decadenza benefici

I benefici decadranno qualora venissero meno e/o variati i requisiti che hanno determinato la concessione dei permessi.

La comunicazione dovrà pervenire al Servizio Gestione Risorse Umane entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento (es: ricovero tempo pieno del soggetto disabile, revoca del giudizio di gravità, decesso del disabile).

Moduli allegati:

Mod. 1 Legge 104 (Dipendente portatore di handicap)

ALL'UFFICIO
PERSONALE
Unione Colli Euganei

OGGETTO: Richiesta permessi ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a
nato/a a Prov. (.....) il
..... residente in in
Via/V.le/Piazza N.
dipendente dell'Unione Colli Euganei con contratto a tempo
..... (indicare se a tempo pieno o parziale)

CHIEDE

di usufruire dei permessi previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 in quanto
riconosciuto affetto da "handicap grave" ai sensi dell'art. 3,
comma 3, e di optare per:

.....
(indicare se si opta per la fruizione di tre giorni mensili, di 18 ore mensili o per l'orario
ridotto giornaliero che andrà concordato con il proprio responsabile)

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 55 quinquies, commi 1 e 2
del D. Lgs. 165/2001 per la giustificazione dell'assenza mediante produzione di una
certificazione medica falsa, nonché delle responsabilità amministrative, civili e penali
previste per le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi, rese ai sensi
dell'art. 76 DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR

DICHIARA

di essere affetto da handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92, come
accertato dalla Commissione Medica in data con certificazione
NON RIVEDIBILE/RIVEDIBILE (avente scadenza in data.....).

Allegati:

- copia del verbale definitivo validato dall'INPS attestante lo stato di handicap grave ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata in via provvisoria che sarà considerata valida sino all'emissione del giudizio definitivo;
- dichiarazione di responsabilità e consapevolezza.

Data,

.....
Firma del dichiarante

Mod. 2 Legge 104 (Dichiarazione di responsabilità e consapevolezza)

ALL'UFFICIO PERSONALE
dell'Unione Colli Euganei

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA (da presentare in allegato
alla domanda di richiesta dei benefici di cui alla Legge 104/92)

Il/la sottoscritto/a
nato/a a Prov. (.....) il
residente in Via/V.le/Piazza N.

DICHIARA CHE

- il permesso è richiesto per prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono richieste le 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, di prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

ovvero

- necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- è consapevole che la possibilità di fruire dei permessi comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela del disabile;
- assume l'impegno di comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Inoltre si impegna a comunicare prontamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con l'istanza di richiesta dei benefici per quanto attiene in particolare:

- l'eventuale ricovero del soggetto in condizione di handicap grave;
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione Medica;
- la fruizione dei permessi, per lo stesso soggetto, da parte di altri familiari.

Data,

.....
Firma del dichiarante

Mod. 3 Legge 104 (Pianificazione mensile giorni di assenza)

ALL'UFFICIO PERSONALE
dell'Unione Colli Euganei

Al Responsabile dell'Area

.....

PIANIFICAZIONE MENSILE GIORNATE DI ASSENZA – LEGGE 104/92

Il/la sottoscritto/a nato/a a
..... Prov. (.....) il
residente in in Via/V.le/Piazza
..... N.

COMUNICA

Che intende fruire dei tre giorni di permesso ai sensi della Legge 104/92 nel mese di
..... e precisamente nelle seguenti giornate:

- 1)
- 2)
- 3)

Data,

.....

Firma del richiedente

Mod. 4 Legge 104 (Pianificazione mensile 18 ore di permesso)

ALL'UFFICIO PERSONALE
dell'Unione Colli Euganei

Al Responsabile dell'Area

.....

PIANIFICAZIONE MENSILE 18 ORE DI PERMESSO – LEGGE 104/92

Il/la sottoscritto/a nato/a a
..... Prov. (.....) il
residente in in Via/V.le/Piazza
..... N.

COMUNICA

Che intende fruire delle 18 ore di permesso mensile ai sensi della Legge 104/92 nel mese di
..... come da calendario che segue:

GIORNO	Dalle ore	Alle ore	Dalle ore	Alle ore	GIORNO	Dalle ore	Alle ore	Dalle ore	Alle ore
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Data,

.....

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'
(Art. 46 DPR 445/2000)

Il/la sottoscritto/a nato/a a
..... Prov. (.....) il
residente in in Via/V.le/Piazza
..... N., a seguito del riconoscimento dello stato di disabilità in situazione di gravità ed al fine di ottenere l'assistenza da parte di un familiare ai sensi della Legge 104/92

DICHIARA

di svolgere/non svolgere attività lavorativa (in caso affermativo indicare denominazione, indirizzo e recapito telefonico del datore di lavoro
.....)
.....)

Inoltre dichiara che il familiare liberamente scelto per l'assistenza prevista dall'art. 3, comma 3, della Legge 104/92 è:

COGNOME E NOME:
LUOGO E DATA DI NASCITA:
RESIDENTE IN PROV.
VIA N.
RELAZIONE DI PARENTELA:

Si allega copia del documento d'identità in corso di validità.

Data,

.....
Il/la dichiarante

ALL'UFFICIO PERSONALE
dell'Unione Colli Euganei

OGGETTO: Richiesta permessi ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a nato/a a
..... Prov. (.....) il
residente in in Via/V. le/Piazza
..... N. dipendente dell'Unione
Colli Euganei con contratto a tempo (indicare se a tempo pieno o
parziale)

CHIEDE

(barrare e compilare la voce che interessa)

- ☐ di optare per il prolungamento del congedo parentale per un periodo totale massimo di 36 mesi sino al compimento del dodicesimo anno di vita del/la figlio/a portatore di handicap in situazione di gravità;
- ☐ di optare, fino al compimento del terzo anno del bambino, per la riduzione oraria a partire dal mese di..... (l'orario di lavoro dovrà essere concordato con il proprio responsabile);
- ☐ di optare per i permessi mensili (tre giorni);
- ☐ di optare per il frazionamento a ore (18 ore mensili) dei permessi mensili.

DATI DEL FIGLIO/A DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

NOME E COGNOME
DATA E LUOGO DI NASCITA
RESIDENTE IN PROV.
VIA N.
affetto da handicap grave in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92, come accertato dalla Commissione Medica in data con certificazione NON RIVEDIBILE/RIVEDIBILE (avente scadenza in data.....).

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 55 quinquies, commi 1 e 2 del D.Lgs. 165/2001 per la giustificazione dell'assenza mediante produzione di una certificazione medica falsa, nonché delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi, rese ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR

DICHIARA

- ☐ di essere l'unico lavoratore dipendente ad assistere il/la proprio/a figlio/a in situazione di handicap grave;
- ☐ che la fruizione dei permessi avverrà, nel limite complessivo dei tre giorni mensili frazionabile in 18 ore mensili, in maniera alternativa con l'altro genitore (indicare nome e cognome e se lavoratore indicare denominazione, indirizzo e recapito telefonico del datore di lavoro)

.....

.....

.....
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione della situazione di fatto o di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni e/o che possa interessare la fruizione del beneficio.

Allegati:

- copia del verbale definitivo validato dall'INPS attestante lo stato di handicap grave ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata in via provvisoria che sarà considerata valida sino all'emissione del giudizio definitivo;
- dichiarazione di responsabilità e consapevolezza;
- altra documentazione:

.....

.....

.....

.....

Data,

.....
Firma del dichiarante

ALL'UFFICIO PERSONALE
dell'Unione Colli Euganei

OGGETTO: Richiesta permessi ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a nato/a a
..... Prov. (.....) il
residente in in Via/V.le/Piazza
..... N. dipendente dell'Unione
Colli Euganei con contratto a tempo (indicare se a tempo pieno o
parziale)

CHIEDE

di usufruire dei permessi previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 per assistere familiare con handicap in
situazione di gravità ai sensi dell'art. 33, comma 3, e di optare per:
.....
.....
.....
(indicare se si opta per la fruizione di tre giorni mensili o di 18 ore mensili).

DATI DELLA PERSONA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

NOME E COGNOME
DATA E LUOGO DI NASCITA
RESIDENTE IN PROV.
VIAN.
affetto da handicap grave in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92, come
accertato dalla Commissione Medica in data con certificazione NON
RIVEDIBILE/RIVEDIBILE (avente scadenza in data.....).

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 55 quinquies, commi 1 e 2 del D.Lgs.
165/2001 per la giustificazione dell'assenza mediante produzione di una certificazione medica falsa,
nonché delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per le dichiarazioni mendaci, la
formazione e l'uso di atti falsi, rese ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti degli artt.
46 e 47 del medesimo DPR

DICHIARA

- ☐ che lo stato e il grado di parentela con il portatore di handicap è il seguente
..... (coniuge, parente o affine entro il 2° grado)
oppure
☐ che lo stato e il grado di parentela con il portatore di handicap è il seguente
..... (parente o affine di 3° grado) e che:

- i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità hanno compiuto i 65 anni di età;
 - i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità sono affetti da patologie invalidanti a carattere permanente, come risulta dalla documentazione medica allegata alla presente;
 - i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità sono deceduti;
 - i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità sono mancanti come da documentazione che si allega alla presente;
- ☐ di essere l'unico lavoratore dipendente ad assistere la persona con handicap in situazione di gravità;
- ☐ che la distanza tra la propria residenza e quella del portatore di handicap in situazione di gravità è inferiore/superiore a 150 Km.;
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione della situazione di fatto o di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni e/o che possa interessare la fruizione del beneficio;
- ☐ che i familiari o affini in linea retta o collaterale entro il 2° grado, ovvero entro il 3° grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, conviventi e non conviventi con il portatore di handicap in situazione di gravità, **che non usufruiscono dei permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/92 e che rinunciano ad avvalersi dei benefici** previsti dalla Legge 104/92 per assistere il/la Sig./ra sono i seguenti:

NOME E COGNOME
 DATA E LUOGO DI NASCITA
 RESIDENTE IN PROV.
 VIA N.
 RELAZIONE DI PARENTELA (rispetto al disabile)
 STATO LAVORATIVO
 (per i dipendenti indicare denominazione, indirizzo e recapito telefonico del datore di lavoro)

Firma

NOME E COGNOME
 DATA E LUOGO DI NASCITA
 RESIDENTE IN PROV.
 VIA N.
 RELAZIONE DI PARENTELA (rispetto al disabile)
 STATO LAVORATIVO
 (per i dipendenti indicare denominazione, indirizzo e recapito telefonico del datore di lavoro)

Firma

NOME E COGNOME
 DATA E LUOGO DI NASCITA
 RESIDENTE IN PROV.
 VIA N.
 RELAZIONE DI PARENTELA (rispetto al disabile)
 STATO LAVORATIVO
 (per i dipendenti indicare denominazione, indirizzo e recapito telefonico del datore di lavoro)

Firma

NOME E COGNOME
 DATA E LUOGO DI NASCITA
 RESIDENTE IN PROV.
 VIA N.
 RELAZIONE DI PARENTELA (rispetto al disabile)
 STATO LAVORATIVO

(per i dipendenti indicare denominazione, indirizzo e recapito telefonico del datore di lavoro)

.....
.....
Firma

NOME E COGNOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

RESIDENTE IN PROV.

VIA N.

RELAZIONE DI PARENTELA (rispetto al disabile)

STATO LAVORATIVO

(per i dipendenti indicare denominazione, indirizzo e recapito telefonico del datore di lavoro)

.....
.....
Firma

NOME E COGNOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

RESIDENTE IN PROV.

VIA N.

RELAZIONE DI PARENTELA (rispetto al disabile)

STATO LAVORATIVO

(per i dipendenti indicare denominazione, indirizzo e recapito telefonico del datore di lavoro)

.....
.....
Firma

Allegati:

- copia del verbale definitivo validato dall'INPS attestante lo stato di handicap grave ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata in via provvisoria che sarà considerata valida sino all'emissione del giudizio definitivo;
- dichiarazione di responsabilità e consapevolezza;
- n. documenti di riconoscimento dei familiari o affini che hanno rinunciato alla fruizione dei benefici;
- dichiarazione sostitutiva di notorietà con la quale la persona disabile dichiara il proprio stato lavorativo ed individua il "referente unico" per l'assistenza;
- altra documentazione:

.....
.....
.....

Data,

.....

Firma del dichiarante

Mod. 8 Legge 104 (Richiesta modifica opzione fruizione permessi)

AI RESPONSABILE AREA

.....

Il/la sottoscritto/a nato/a a
..... Prov. (.....) il
residente in in Via/V.le/Piazza
..... N. dipendente dell'Unione
Colli Euganei con contratto a tempo (indicare se a tempo pieno o
parziale),

CHIEDE

la modifica dell'opzione espressa in sede di richiesta permessi ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92, come
segue (specificare la casistica che si chiede):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data,

.....

Firma del richiedente

VISTO, si autorizza e si trasmette all'Ufficio del Personale

Li, _____

.....

Il Resp.le di Area