



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – ISNB (IRCCS)  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna  
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (IRCCS)  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_  
in servizio presso con la qualifica di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di assentarsi dal servizio per estensione permessi giornalieri L. 104/92 ai sensi art. 24 D.L. 18/2020 (max 12 giorni cumulativi, indipendentemente dal numero di familiari assistiti):

per il familiare

per se stesso

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Lì, \_\_\_\_\_

Firma

.....

Il Responsabile

.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

Art. 47 – D.P.R. N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA CHE**

- il familiare assistito o se stesso risulta in condizioni di handicap grave accertato dalla competente commissione ASL, senza revisione del giudizio rispetto all'ultima certificazione presentata a questa Azienda
- se per assistito, che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto
- che se per figlio, l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto

**NB:** Se nessuna delle opzioni sopra indicate è barrata, si intende che nulla è cambiato rispetto alle situazioni dichiarate all'atto della autorizzazione alla fruizione dei permessi in oggetto.

Se richiesto per altro familiare, relativamente al requisito del ricovero, dichiaro che il disabile assistito:

- è ricoverato a tempo pieno (allego certificazione sanitaria attestante le condizioni di cui alla circolare Funzione Pubblica n. 13/2010)
- non è ricoverato a tempo pieno, in struttura ospedaliero e/o residenziale
- è informato ed autorizza, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30.06.2003, n. 196, al Regolamento UE 2016/679 – GDPR confermato a livello nazionale dal D.Lgs. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Lì, .....

Il/la dichiarante

.....