



**REGIONE ABRUZZO**  
**Azienda Sanitaria Locale n. 2**  
**Lanciano-Vasto-Chieti**

Via dei Vestini s.n.c., Palazzina N (Ex palazzina Se.BI) - 66100 CHIETI  
Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

**RICHIESTA DI ULTERIORI PERMESSI DI CUI ALLA LEGGE 104/1992**  
**AI SENSI DELL'ART. 24 DEL DECRETO LEGGE N. 18 DEL 17 MARZO 2020**  
**COME MODIFICATO DALL'ARTICOLO 73 DEL DECRETO LEGGE N. 24 DEL 19 MAGGIO 2020**

Al Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore  
U.O. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_  
dipendente a tempo indeterminato/determinato presso codesta U.O. in qualità di \_\_\_\_\_,

con la presente

**COMUNICA**

relativamente ai mesi di **maggio – giugno 2020**, la fruizione di ulteriori permessi di cui alla legge 5.2.1992 n.104/92 e s.m.i. previsti dall'art. 24 del D.L. 18 del 17/03/2020 modificato dall'articolo 73 del D.L. 24 del 19/05/2020 (**per un massimo di complessivi dodici giorni**) per l'assistenza del familiare \_\_\_\_\_ nei giorni di seguito specificati : \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole di quanto stabilito dagli artt.75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 in ordine alla responsabilità civile e penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n°445/2000

**DICHIARA CHE**

- il familiare da assistere non è ricoverato a tempo pieno c/o istituti specializzati;
- non ci sono altri familiari che beneficiano di tali permessi.

Il sottoscritto, consapevole che le agevolazioni di cui trattasi sono concesse per l'assistenza del disabile indicato e comportano un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela dei disabili, con la presente:

- conferma il proprio impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni medesime;
- qualora la residenza del familiare assistito sia situata a distanza stradale superiore a 150 km rispetto alla residenza del sottoscritto, si impegna, altresì, a produrre, di volta in volta, titolo di viaggio o altra documentazione idonea attestante il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

Per presa visione

Il Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore

\_\_\_\_\_

**PER IL SOLO PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO**

Si attesta che la fruizione dei permessi richiesti è compatibile con le esigenze organizzative connesse all'emergenza COVID-19 (Art. 24, comma 2, D.L. 18 del 17/03/2020)

Il Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore

\_\_\_\_\_