

Istanza di cancellazione dal ruolo L. 104/92 per familiare disabile

Assessorato Regionale delle Autonomie Locali e della funzione Pubblica
Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale
Servizio XII - Gestione Giuridica ed Economica del Personale
Via _____
PALERMO

Per il tramite _____¹

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a ____/____/____
residente a _____ in Via _____ n° _____,
in servizio presso _____ con la
qualifica di _____.

CHIEDE

la risoluzione del rapporto di lavoro, a decorrere dal ____/____/____, con diritto a pensione ai sensi del combinato disposto dell'art. 2/3 della L.R. 2/62 e dell'art. 39 comma 1 della L.R. 10/2000 (per genitore disabile) come modificato [dall'art. 139 comma 29 della L.R. 4/2003 (per coniugi di disabili)][dell'art.20 comma 7 della L.R. 21/2003 (per figli disabili)], in quanto il/la proprio/a (specificare il grado di parentela) è portatore di handicap in situazione di gravità riconosciuto ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92.

Alla presente allega:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del d.p.r. 445/200;
- Certificato di esistenza in vita dello/a proprio/a (specificare il grado di parentela) rilasciato dal Comune di _____;
- Copia conforme del certificato rilasciato dalla _____ vistato dalla C.M.V.;
- Copia fotostatica del proprio documento di identità;
- Copia fotostatica del documento di identità del proprio (specificare il grado di parentela)

_____ li ____/____/____

(FIRMA)

¹ Inserire l'indicazione dell'ufficio presso il quale dipendente presta servizio