

Al Dirigente
Area Risorse Umane
Università degli Studi di Firenze
Piazza S. Marco, 4
50121 FIRENZE

E p. c. Al Responsabile della Struttura:

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____

recapito telefonico: _____

CHIEDE

di usufruire ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92 di :

3 giorni di permesso mensile

ovvero

di n. ore _____ di permesso mensili

per:

Cognome e nome _____

codice fiscale _____ rapporto di parentela¹ _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

Residente in ² _____ via _____

e s'impegna a fornire all'inizio di ogni mese alla Struttura la programmazione dei permessi richiesti

A tal fine dichiara:

che è il referente unico del disabile

che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno

che è convivente con il sottoscritto/a

di essere consapevole che, producendo un verbale provvisorio dell'ASL o una certificazione dello specialista dopo 90 gg. dalla richiesta all'INPS, nel caso del non riconoscimento dell'handicap in **situazione di gravità** da parte della Commissione Medica di Verifica, l'Amministrazione provvederà al recupero di quanto già usufruito a titolo di permessi per la Legge 104/92.

¹Rispetto al richiedente. In caso di parente o affine entro il terzo grado compilare l'apposito modulo "dichiarazione grado di parentela"

² In caso di Comune distante oltre 150 km stradali dalla residenza del richiedente deve essere presentata ogni volta documentazione attestante il viaggio



- il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare all'Ufficio Gestione del Rapporto di Lavoro del Personale Tecnico-Amm.vo e Collaboratori ed esperti linguistici, eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni precedentemente dichiarate

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre:

- I seguenti parenti/affini entro il 2° grado, rispetto al disabile, non usufruiscono dei permessi ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92:

Cognome Nome	Grado di parentela rispetto al disabile	Nome Azienda	Indirizzo azienda

ALLEGA:

- certificato della competente A.S.L. (o eventuale certificazione provvisoria) che attesta la presenza di una minorazione rientrante nella definizione di handicap di cui ai commi 1 e 3 dell'art. 3 della Legge 104/92, **CON SITUAZIONE DI GRAVITA'**
- Altra documentazione:

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Firenze, _____ Firma _____ (*)



Ai sensi dell'art. 21, comma 2, D.P.R. 445/2000 attesto che la sottoscrizione della dichiarazione sopra riportata è stata apposta in mia presenza dal dichiarante Sig. _____
_____ identificato con _____
n. _____ rilasciato/a il _____ da _____
_____ e preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 445/2000).
Firenze, _____ L'incaricato _____
(Spazio riservato all'autentica della firma)

(*) Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L'Ufficio provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolare del trattamento: Università degli Studi di Firenze

Responsabile del trattamento: Dott.ssa Jessica Cruciani Fabozzi – Tel. 0552757329-355 – Fax 0552757619

Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

Firenze, li _____

Per presa visione, il/la dichiarante

