

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

E pc Al Responsabile della Struttura:

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____

Cat. _____ pos. economica _____ area _____

Collaboratore ed Esperto Linguistico;

con contratto a tempo:

determinato

indeterminato

tempo parziale

tempo pieno

in servizio presso _____

sede di lavoro _____ recapito telefonico: _____

CHIEDE

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

3 giorni di permesso mensile

ovvero

2 ore giornaliere

ovvero

di n. ore _____ di permesso mensili

in quanto affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3.

S'impegna a fornire all'inizio di ogni mese alla Struttura la programmazione dei permessi richiesti e ogni successiva variazione.

Qualora da parte della ASL si procedesse a rettifica o modifica del giudizio sulla gravità dell'handicap presenterà nuova documentazione.



A tal fine dichiara

- di essere consapevole che 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*

ALLEGA:

- certificato della competente A.S.L. 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'**

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 _____ (*)

<p>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).</p> <p>Firenze, _____ L'incaricato _____ (Spazio riservato all'autentica della firma)</p>

(*) 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.

** da barrare nel caso si presenti la domanda essendo in possesso solo del verbale rilasciato dalla Commissione Medica ASL in attesa di quello definitivo approvato dalla Commissione Medica di Verifica



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

