

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

e p. c. Al Responsabile UADR/ Dirigente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

recapito telefonico: \_\_\_\_\_ mail (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

### C H I E D E

per \_\_\_l\_\_\_ figli\_\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di poter fruire di uno dei seguenti  
**benefici** previsti dalle normative vigenti:

- 3 giorni di permesso mensile**
- di n. ore \_\_\_\_\_ di permesso mensili**
- di n. ore \_\_\_\_\_ di riduzione giornaliera a decorrere dal \_\_\_\_\_**
- prolungamento del congedo parentale**

A tal fine dichiara:

- che il portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso istituto specializzato
- che il portatore di handicap grave è ricoverato a tempo pieno presso istituto specializzato con le seguenti deroghe:
  - deve effettuare visite e terapie al di fuori della struttura, che non sono garantite dalla stessa, come documentato da idonea certificazione
  - necessita di assistenza da parte di un genitore o di un familiare, come da richiesta dei sanitari della struttura
  - si trova in uno stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine
- che l'altro genitore: \_\_\_\_\_  

cognomenome

  - a) è' lavoratore dipendente presso \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. di tel. \_\_\_\_\_
  - b) svolge lavoro autonomo.
  - c) non svolge attività lavorativa.



- di essere consapevole che, producendo un verbale provvisorio dell'ASL o una certificazione dello specialista dopo 45 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.
- il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare all'Unità di Processo "Amministrazione Personale Tecnico-Amministrativo e Collaboratori ed Esperti Linguistici" eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni precedentemente dichiarate.

**ALLEGA:**

- certificato della competente A.S.L. (o eventuale certificazione provvisoria) che attesti la presenza di una minorazione rientrante nella definizione di handicap di cui al comma 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'Unità di Processo "Amministrazione Personale Tecnico-Amministrativo e Collaboratori ed Esperti Linguistici" 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: Il Responsabile dell'Unità di Processo "Amministrazione Personale Tecnico-Amministrativo e Collaboratori ed Esperti Linguistici"

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, \_\_\_\_\_

Per presa visione, il/la dichiarante

\_\_\_\_\_