

Per la compilazione consultare il sito web al seguente indirizzo: <http://www.unifi.it/CMpro-v-p-7588.html>
Per la trasmissione inviare la richiesta all'indirizzo: richieste.dipendenti@adm.unifi.it

Al Dirigente
Area Risorse Umane
Università degli Studi di Firenze
mail: richieste.dipendenti@adm.unifi.it

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___a_____ il _____

residente in _____ Via _____

Codice fiscale _____

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

 - è lavoratore dipendente presso _____
Indirizzo _____ n. di tel. _____
 - svolge lavoro autonomo
 - 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 nonveridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Firenze, _____ Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, e del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. Tutte le informazioni relative ai trattamenti effettuati e per l'esercizio dei diritti degli interessati sulla protezione dei dati personali sono reperibili sul sito web dell'Ateneo all'indirizzo www.unifi.it/vp-11360-protezione-dati.html