

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) _____

CHIEDE

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

di n. ____ giorni di permesso mensile

ovvero

di n. ore _____ di permesso mensile

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 grave non è ricoverato a tempo pieno
- che il portatore di handicap grave è ricoverato a tempo pieno 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 familiare, come da richiesta dei sanitari della struttura
 - si trova in uno stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine
- che è convivente con il sottoscritto/a
- 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.

⁽¹⁾ Rispetto 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, 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:

- che i/l seguente/i parenti/affini entro il 2° grado, rispetto al disabile, **con rapporto di lavoro subordinato**, non usufruiscono dei permessi ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92:

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

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, li _____

Per presa visione, il/la dichiarante
