



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A FRUIRE DEI PERMESSI PER ASSISTENZA A PERSONA CON DISABILITÀ

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____
in servizio presso _____ in regime di

- tempo pieno
 tempo parziale orizzontale verticale
 con prestazione dell'attività lavorativa pari a _____ ore settimanali per _____ giorni

PREMESSO

- di essere genitore del/la minore _____
 di essere: (indicare il grado di parentela) _____
del Sig./ della Sig.ra _____
 e che lo/a stesso/a (se parente di terzo grado / affine di terzo grado):

<input type="checkbox"/> non è coniugato/a	<input type="checkbox"/> è vedovo/a	<input type="checkbox"/> ha coniuge di età superiore ai 65 anni
<input type="checkbox"/> ha coniuge affetto/a da patologia invalidante	<input type="checkbox"/> è separato/a o legalmente divorziato/a	
<input type="checkbox"/> è coniugato/a ma in situazione di abbandono	<input type="checkbox"/> è orfano/a di entrambi i genitori	
<input type="checkbox"/> ha genitori con più di 65 anni di età	<input type="checkbox"/> ha genitori affetti da patologie invalidanti	

il/la quale risulta affetto/a da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 4, comma 1 della Legge n. 104/92,

CHIEDE

di usufruire:

- dei 3 giorni di permesso mensile (art. 33, c. 3, L. 104/92 e s.m.i. oppure art. 42, c. 2, D. Lgs. 151/2001 e s.m.i.)
 delle 18 ore di permesso mensile (art. 33, c. 3, L. 104/92 e s.m.i. oppure art. 42, c. 2, D. Lgs. 151/2001 e s.m.i.)
 del prolungamento del congedo parentale per l'assistenza al/la figlio/a minore con disabilità (art. 33 D. Lgs. 151/01, e s.m.i.)

dei riposi giornalieri per assistenza al/la figlio/a minore di 3 anni (art. 42, c.1, D. Lgs. 151/01) articolando il proprio orario di lavoro nel seguente modo:

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
<input type="checkbox"/> Ingresso						
Uscita						

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni falsi o mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00, il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità:

- che la copia del verbale della ASL/INPS attestante la connotazione di gravità dell'handicap di cui al comma 3 dell'art. 3 della L.104/1992, allegata al presente modulo, è conforme all'originale in proprio possesso;
 - di essere residente nel comune di _____ (____);
 - che la persona con disabilità non è ricoverata a tempo pieno (art. 33, comma 3, L. 104/92 e punto 5 della circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010).
 - che la persona con disabilità è nata a _____ il _____
 - codice fiscale _____, è residente a _____ ed _____
- è dipendente della seguente P.A. _____
 non è dipendente di alcuna P.A.
 che la distanza tra la propria residenza e quella del familiare è:
 inferiore ai 150 km superiore ai 150 km
 di essere già stato/a autorizzato/a a fruire dei medesimi permessi per assistenza al Sig./alla Sig.ra _____
 di non essere stato/a autorizzato/a a fruire dei medesimi permessi per assistenza ad altro/a familiare/affine
 che non ci sono altre persone che utilizzano i medesimi permessi per la stessa persona con disabilità
 che i seguenti parenti/affini entro il 3° grado usufruiscono dei medesimi permessi per la stessa persona con disabilità:

Cognome e nome	Grado di parentela	Nome Azienda	Indirizzo Azienda

- di prestare assistenza nei confronti del soggetto con disabilità per il quale chiede le agevolazioni;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del soggetto con disabilità e pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza (circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 13/2010, punto 7);
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del soggetto con disabilità (circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 13/2010, punto 7).

Il/la sottoscritto/a, inoltre, si impegna a:

- a) fornire, all'inizio di ogni mese, al Responsabile della propria sede di servizio la programmazione dei permessi richiesti;
- b) comunicare tempestivamente all'Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato l'eventuale variazione dei soggetti ammessi ad usufruire dei permessi per la medesima persona con disabilità;
- c) comunicare tempestivamente all'Ufficio Assenze e Presenze del Personale Contrattualizzato ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n.13/2010, punto 7);
- d) documentare, per ogni permesso orario o giornaliero fruito, con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito qualora la persona cui presta assistenza fosse residente in comune situato a distanza superiore a 150 km rispetto a quella della propria residenza (art. 33, comma 3 bis, L. 104/92 e s.m.i.);
- e) comunicare tempestivamente all'Ufficio Assenze e Presenze del Personale Contrattualizzato ogni variazione circa la residenza propria e di quella del soggetto con disabilità e circa la sussistenza o meno di un rapporto di lavoro dipendente con una P.A. dello stesso.
- f) presentare, entro il 15 gennaio di ogni anno, esclusivamente a mezzo p.e.c.^(*) dal proprio indirizzo istituzionale all'indirizzo uappc@pec.unina.it, dichiarazione attestante che:
 - i. non è intervenuta alcuna variazione dei presupposti soggettivi per la fruizione dei permessi retribuiti di cui alla L.104/92 dichiarati all'atto dell'istanza in possesso dell'Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato;
 - ii. non sono intervenute revoche, rettifiche o modifiche circa il giudizio sulla connotazione di gravità dell'handicap del soggetto assistito.

Il/la sottoscritto/a sottoscrive la presente domanda

- e la trasmette a mezzo p.e.c. istituzionale senza allegare copia del proprio documento di identità, ai sensi dell'art. 65 del D.Lgs. 82/2005.
- e allega copia fotostatica del proprio documento di identità, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 445/2000.

Data _____

Firma _____

^(*) le dichiarazioni presentate con diversa modalità non saranno prese in considerazione

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpdp@unina.it; PEC: rpdp@pec.unina.it. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato al seguente indirizzo: uappc@unina.it; PEC: uappc@pec.unina.it.

Agli interessati competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. Le informazioni complete, relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.