

**RICHIESTA FRUIZIONE TRE GIORNI DI PERMESSO MENSILE PER IL DIPENDENTE CHE
ASSISTE UN FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**
(ai sensi dell'art. 33 della Legge n. 104/1992 e della legge n. 53/2000 e s.m.i)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____, matr. _____ (tel. _____
in servizio presso il Dipartimento _____
nel settore scientifico-disciplinare _____
con la qualifica di _____,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDE

il permesso (3 giorni nel mese) spettante a colui che assiste una persona con handicap in situazione di gravità, parente o affine entro il terzo grado ai sensi dell'art. 33 della Legge n.104/1992 e dell'art. 20 della Legge n. 53/2000, (così come modificato dall'art. 24 della Legge n. 183 del 4.11.2010 per quanto concerne la platea degli aventi diritto):

dal _____ al _____ ;
dal _____ al _____ ;
dal _____ al _____ ;

per il soggetto portatore di handicap in situazione di gravità

Cognome e nome : _____
nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____
portatore di handicap grave accertato dalla Commissione ASL di _____
RIVEDIBILE in data _____ ovvero, NON RIVEDIBILE;

A tal fine, dichiara:

- di essere con il suindicato soggetto portatore di handicap in situazione di gravità nel seguente rapporto di parentela o affinità:
- genitore
 - coniuge
 - parente o affine entro il 2° grado
 - parente o affine entro il terzo grado *(solo nell'ipotesi di decesso o mancanza dei genitori o del coniuge del soggetto portatore di handicap in situazione di gravità ovvero allorchè i genitori o il coniuge dello stesso abbiano compiuto i 65 anni oppure siano affetti da patologie invalidanti, in quest'ultimo caso allegare documentazione medica);*
- che il soggetto portatore di handicap in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, con eccezione dei casi in cui il disabile deve recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie e che determina il necessario affidamento del disabile all'assistenza del familiare (in tal caso, il richiedente è tenuto a presentare la documentazione della struttura sanitaria competente che attesti le visite o le terapie effettuate);

- ❑ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);
- ❑ si impegna, nel caso in cui il soggetto portatore di handicap in situazione di gravità per il quale si richiedono i permessi previsti dalla legge 104/92, sia stato dichiarato rivedibile, ed il certificato della Commissione medica sia prossimo a scadenza, a consegnare il nuovo certificato medico, a seguito di visita di controllo della commissione medica, da cui risulta il permanere dello stato di gravità dell'handicap;
- ❑ di assistere con sistematicità ed adeguatezza il soggetto portatore di handicap in situazione di gravità;

Luogo e data _____

_____ *

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 DPR 445/00).**

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro al trattamento dei propri dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, per finalità strettamente connesse alla trattazione della presente domanda, conformemente all'informativa privacy pubblicata all'indirizzo <http://www.uniba.it/informativaprivacy> , a cui si rinvia.

(firma)

NB Il presente modulo dovrà pervenire alla U.O. Gestione documentale di questa Amministrazione -Palazzo Ateneo- anche tramite posta certificata all'indirizzo universitabari@pec.it.

Nel caso di permessi concessi, ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992 e successive modificazioni, ad uno dei genitori di un soggetto portatore di handicap grave:

DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE (anche adottivo) o AFFIDATARIO DEL SOGGETTO DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

Il sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____
Residente in _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

dichiara

- di non aver chiesto, impegnandosi a non richiederli, per lo stesso soggetto diversamente abile, i permessi a fianco indicati negli stessi periodi, ovvero, di non averne diritto;

Luogo e Data _____

Firma

Si allega:

- copia del **verbale** della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, Legge n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella Legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992, ovvero, qualora la Commissione non si pronunci entro 45 gg. dalla presentazione della domanda, copia del **certificato provvisorio di handicap** (valido fino all'emissione di quello definitivo);
- fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del dichiarante.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro al trattamento dei propri dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, per finalità strettamente connesse alla trattazione della presente domanda, conformemente all'informativa privacy pubblicata all'indirizzo <http://www.uniba.it/informativaprivacy>, a cui si rinvia.

Firma