



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Al Direttore
Area Risorse Umane
SEDE

DOMANDA PERMESSI ART. 33 LEGGE 104/92

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME _____ data nascita _____

RESIDENZA _____ Via _____ Tel. _____

QUALIFICA _____ Sede di servizio _____ Tel. _____

Matricola.....

☐ Tempo pieno ☐ part-time _____ %

MODALITÀ DI FRUIZIONE: ☐ 3 GIORNI ☐ 18 ORE ☐ 2 ORE GIORNO (lavoratore disabile)

DATI RELATIVI ALLA PERSONA DA ASSISTERE

COGNOME _____ NOME _____ data nascita _____

RESIDENZA _____ Via _____

CODICE FISCALE _____

DIPENDENTE PUBBLICO NO ☐ SI ☐ PRESSO _____

Disabilità grave accertata da _____ in data _____

RIVEDIBILE NO ☐ SI ☐ ALLA DATA DEL _____

RAPPORTO DI PARENTELA RISPETTO AL RICHIEDENTE _____

RICOVERATO A TEMPO PIENO SI ☐ NO ☐

RICOVERATO A TEMPO PIENO presso istituti specializzati SI ☐ NO ☐

(per i figli inferiori anni 3)

Avvertenza:

Nelle ipotesi di ricovero a tempo pieno del familiare con disabilità grave non è possibile fruire dei permessi in parola, salvo che:

- il ricovero a tempo pieno venga interrotto per necessità della persona con disabilità in situazione di gravità di recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie appositamente certificate;
- il familiare con disabilità grave sia in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine;
- si tratti di un minore con disabilità in situazione di gravità per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare, ipotesi già prevista per i bambini fino a tre anni di età.

CONVIVENTE SI ☐ NO ☐

GENITORI DI FIGLI DI ETÀ COMPRESA DA 3 A 8 ANNI SI ☐ NO ☐

IN CASO DI NON CONVIVENZA INDICARE:



➤ Distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap Km. _____

Avvertenza:

- Nel caso in cui la persona da assistere sia residente in un comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del richiedente, dovrà essere attestato con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

IN CASO IL GRADO DI PARENTELA O AFFINITA' DEL RICHIEDENTE SIA DI TERZO GRADO

Dichiara che

☐ i genitori o ☐ il coniuge/ convivente di fatto/ parte di unione civile del/la Sig./ra

risultano:

- ☐ aver compiuto sessantacinque anni di età (indicare nome cognome e data di nascita)
- ☐ essere affetti da patologie invalidanti (allegare certificato d'invalidità)
- ☐ deceduti
- ☐ mancanti

Dichiara inoltre che, alla data di compilazione della domanda, i familiari indicati nel successivo elenco sono tutti quelli autorizzati a fruire dei permessi per l'assistenza del medesimo disabile.

Si impegna a comunicare, senza ritardo, a serviziopersonalestrutturato@uniroma1.it eventuali variazioni delle autorizzazioni concesse o revocate ai familiari.

ELENCO FAMILIARI DEL DISABILE AUTORIZZATI A FRUIRE DEI PERMESSI PER L'ASSISTENZA DEL MEDESIMO

Cognome Nome	Grado di parentela rispetto al disabile	Nome datore di lavoro o azienda	Numero di telefono, indirizzo mail e PEC del datore di lavoro/azienda

Dichiara 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 del Centro Medico Legale dell'INPS, l'Amministrazione provvederà al recupero di quanto già usufruito a titolo di permessi per l'assistenza del disabile.

Dichiara di essere consapevole che la fruizione dei giorni o delle ore di permesso deve avvenire nei limiti complessivi imposti dalla normativa e alternativamente tra tutti i soggetti autorizzati



DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA (Art. 24 L.183/2010)

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false:

- 1) Dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità.
 - 2) Dichiara di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il loro riconoscimento comporta l'assunzione dell'impegno morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza.
 - 3) Dichiara di essere consapevole delle 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).
 - 4) Dichiara inoltre di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per questa Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano soltanto per l'effettiva tutela del disabile.
 - 5) Dichiara infine di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.
- Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che dovessero intervenire nella situazione sopradescritta.

Data _____

Firma _____

ALLEGATI

- ☐ Certificato attestante lo stato di gravità dell'handicap
- ☐ Certificato del medico specialista (in attesa del certificato rilasciato dall'ASL)
- ☐ 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).
- ☐ Altra documentazione: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.)

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., il *Settore Stato giuridico ed economico del personale strutturato presso Aziende ospedaliere* 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: Sapienza Università di Roma

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.

Roma, lì _____

Per presa visione, il/la dichiarante _____