



Al Direttore
Area Organizzazione e Sviluppo Professionale
Sede

DOMANDA PERMESSI ART. 33 LEGGE 104/92

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME _____
Luogo e data nascita _____ Residenza _____ Prov. _____
Via _____ Tel. _____
AREA _____ SETTORE PROFESSIONALE _____
Sede di servizio _____ Tel. _____
☐ Tempo pieno ☐ part-time _____ %

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

DATI RELATIVI ALLA PERSONA DA ASSISTERE

COGNOME _____ NOME _____
Luogo nascita _____ Prov. _____ data nascita _____
RESIDENZA _____ Via _____
CODICE FISCALE _____
DIPENDENTE PUBBLICO NO ☐ SI ☐ PRESSO _____
Disabilità grave accertata dall'INPS di _____ in data _____
RIVEDIBILE NO ☐ SI ☐ ALLA DATA DEL _____
RAPPORTO DI PARENTELA CON IL 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 della Commissione Medica di Verifica, 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 rilasciato dall'INPS attestante lo stato di gravità dell'handicap
- ☐ Copia del documento del portatore di handicap
- ☐ Copia 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).
- ☐ Certificato del medico specialista (in attesa del certificato rilasciato dall'ASL)
- ☐ Altra documentazione: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27.04.2016 "Regolamento generale sulla protezione dei dati" (di seguito "Regolamento") e del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 10.08.2018, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al Regolamento europeo:

Titolare del trattamento è l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" nella persona del legale rappresentante pro tempore domiciliato per la carica in Piazzale Aldo Moro n. 5, cap. 00185 – Roma: e-mail: rettricesapienza@uniroma1.it; PEC: protocollosapienza@cert.uniroma1.it

I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati sono i seguenti:

e-mail: responsabileprotezionedati@uniroma1.it

PEC: rpd@cert.uniroma1.it



Ai sensi dell'art. 6, par. 1 e dell'art. 9, par. 2, lett. g) del Regolamento, i dati indicati sono trattati dal Titolare nell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito.

In particolare, i dati personali indicati di seguito sono trattati dal "Settore Stato giuridico ed economico del personale strutturato presso Aziende ospedaliere" dell'Area Organizzazione e Sviluppo Professionale al fine della concessione dei permessi al personale universitario strutturato ai sensi della Legge 104/92 art.33 (commi 2 e 3) e del D.Lgs. n. 151/01 art. 42 nel rispetto del quadro normativo vigente e delle suddette leggi.

I dati verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali previste, nell'ambito del disposto di leggi, regolamenti o norme contrattuali. Il conferimento dei dati è obbligatorio e in caso di rifiuto non si potrà autorizzare la concessione del beneficio previsto dalla legge n. 104/92 e dal D.Lgs. n. 151/01 art. 42.

La natura dei dati personali strettamente necessari per perseguire la finalità descritta è quella di essere: dati "**personali comuni**" e sono codice fiscale, cognome, nome, data di nascita, genere, luogo di nascita, residenza, indirizzo e-mail, grado di parentela e "**categorie particolari di dati personali**" ovvero i dati relativi alla salute che attestano alla disabilità dei soggetti assistiti da parte del personale universitario strutturato, previsti dalla normativa di riferimento e acquisiti mediante copia del verbale di attestazione dell'handicap grave" e autocertificazioni.

I dati verranno conservati in formato pdf o jpg per un anno dopo la conclusione del rapporto di lavoro in conformità della normativa nazionale ed europea (Regolamento (UE) Generale sulla protezione dei dati).

La gestione e la conservazione dei dati personali raccolti per le finalità indicate nella presente informativa avviene su server ubicati all'interno dell'Università. A tal fine verranno adottate tutte le misure di sicurezza messe a disposizione dell'Amministrazione universitaria.

L'interessato potrà chiedere al Titolare del trattamento, ricorrendone le condizioni, l'accesso ai dati personali ai sensi dell'art. 15 del Regolamento, la rettifica degli stessi ai sensi dell'art. 16 del Regolamento, la cancellazione degli stessi ai sensi dell'art. 17 del Regolamento (ove quest'ultima non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare, in caso di contenzioso giudiziario, l'Università ed i professionisti che li hanno trattati) o la limitazione del trattamento ai sensi dell'art. 18 del Regolamento, ovvero potrà opporsi al loro trattamento ai sensi dell'art. 21 del Regolamento, oltre a poter esercitare il diritto alla portabilità dei dati ai sensi dell'art. 20 del Regolamento. Fermo restando quanto sopra specificato, l'interessato può far valere i suoi diritti ai sensi degli articoli 15-22 del GDPR utilizzando i dati di contatto della presente informativa.

Per ulteriori informazioni, può consultare il Vademecum per l'esercizio dei diritti pubblicato sulla pagina web <https://www.uniroma1.it/it/pagina/settore-privacy> nell'apposita sezione "Esercizio dei diritti in materia di protezione dei dati personali".

In caso di violazione delle disposizioni del Regolamento, si può esercitare il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo ai sensi dell'art. 77 del Regolamento. In Italia tale funzione è esercitata dal Garante per la Protezione dei dati personali (<https://www.garanteprivacy.it>).

I dati potranno essere comunicati a terzi ovvero alle Aziende ospedaliere presso le quali il personale universitario strutturato è stato funzionalmente assegnato, in conformità alla normativa nazionale ed europea vigente.

I dati non vengono comunicati all'estero.

Per tutto quanto non espressamente disciplinato o indicato nella presente, si rinvia alle norme in materia di protezione dei dati personali vigenti.

Roma, lì _____

Per presa visione, il/la dichiarante
