



CONGEDO PER LA CURA DEL FAMILIARE CON DISABILITÀ GRAVE (cod. Si.R.P. n. 209)

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____

in servizio presso _____

in regime di tempo pieno tempo parziale

PREMESSO

- di essere: coniuge convivente fratello/sorella convivente affine di 2° grado convivente
 parte dell'unione civile convivente figlio/a convivente affine di 3° grado convivente
 genitore parente di 2° grado convivente
 genitore adottivo/affidatario parente di 3° grado convivente

Del/la sig./sig.ra _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ in provincia di (_____)

il _____, codice fiscale: _____

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

CHIEDE

di usufruire, del congedo retribuito di cui all'art. 42. c.5, del D.Lgs. 26 marzo 2001, n°151, e s.m.i., a decorrere
 A tal fine allega certificato rilasciato dalla ASL o dall'INPS attestante il riconoscimento della connotazione di gravità

dal giorno _____ al giorno _____ per complessivi gg _____ ;

dal giorno _____ al giorno _____ per complessivi gg _____ ;

dal giorno _____ al giorno _____ per complessivi gg _____ ;

dal giorno _____ al giorno _____ per complessivi gg _____ ;

dal giorno _____ al giorno _____ per complessivi gg _____ ;

dal giorno _____ al giorno _____ per complessivi gg _____ ;

dell'handicap di cui al c. 3 dell'art. 3 della L.104/1992.

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA:

- che la persona con handicap sopra indicata:
 - non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati
 - è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati e che, come da allegata certificazione, è stata prescritta la presenza da parte del sottoscritto

- che i principali aventi diritto al congedo non lo hanno richiesto in quanto:

- il/la sig./sig.ra _____,

coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente genitore / genitore adottivo o affidatario

figlio/a convivente fratello/sorella convivente parente di 2° grado convivente parente di 3° grado convivente

affine di 2° grado convivente affine di 3° grado convivente, nato/a a _____ (_____)

il _____ è mancante è deceduto/a è affetto/a da patologia invalidante *

- il/la sig./sig.ra _____,

coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente genitore / genitore adottivo o affidatario

figlio/a convivente fratello/sorella convivente parente di 2° grado convivente parente di 3° grado convivente

affine di 2° grado convivente affine di 3° grado convivente, nato/a a _____ (_____)

il _____ è mancante è deceduto/a è affetto/a da patologia invalidante *

- il/la sig./sig.ra _____,

coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente genitore / genitore adottivo o affidatario

figlio/a convivente fratello/sorella convivente parente di 2° grado convivente parente di 3° grado convivente

affine di 2° grado convivente affine di 3° grado convivente, nato/a a _____ (_____)

il _____ è mancante è deceduto/a è affetto/a da patologia invalidante *

- il/la sig./sig.ra _____ ,
 coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente genitore / genitore adottivo o affidatario
 figlio/a convivente fratello/sorella convivente parente di 2° grado convivente parente di 3° grado convivente
 affine di 2° grado convivente affine di 3° grado convivente, nato/a a _____ (____)
il _____ è mancante è deceduto/a è affetto/a da patologia invalidante *

- il/la sig./sig.ra _____ ,
 coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente genitore / genitore adottivo o affidatario
 figlio/a convivente fratello/sorella convivente parente di 2° grado convivente parente di 3° grado convivente
 affine di 2° grado convivente affine di 3° grado convivente, nato/a a _____ (____)
il _____ è mancante è deceduto/a è affetto/a da patologia invalidante *

- il/la sig./sig.ra _____ ,
 coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente genitore / genitore adottivo o affidatario
 figlio/a convivente fratello/sorella convivente parente di 2° grado convivente parente di 3° grado convivente
 affine di 2° grado convivente affine di 3° grado convivente, nato/a a _____ (____)
il _____ è mancante è deceduto/a è affetto/a da patologia invalidante *

- durante il periodo di congedo richiesto, nessun'altra persona avente diritto ha richiesto di astenersi dal lavoro medesimo né usufruirà dei permessi di cui all'art. 33, c. 3, della L. 104/1992 e di cui all'art. 42 c. 2, del D. Lgs. n. 151/2001;
- 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;
- 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;
- che, per la predetta persona con disabilità, sono già stati richiesti, da parte dei seguenti familiari lavoratori, compreso il sottoscritto, i seguenti periodi del congedo in questione:

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	NOME AZIENDA	INDIRIZZO AZIENDA	PERIODI DI CONGEDO FRUITI

- e che pertanto non è stata superata la durata massima complessiva, pari a due anni così come previsto dall'art. 42, c. 5bis, D.Lgs. 151/01;
- di essere a conoscenza delle condizioni previste per la fruizione del congedo richiesto.

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

- comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- presentare dichiarazione a cadenza annuale che da parte della ASL/INPS non si è provveduto a revoche, rettifiche o modifiche circa il giudizio sulla connotazione di gravità, nonché a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei presupposti per la fruizione o la documentazione dei permessi stessi.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 il/la sottoscritto/a:

- sottoscrive la presente domanda e allega copia fotostatica del proprio documento di identità
- sottoscrive la presente istanza dinanzi al/alla dipendente addetto/a, previo accertamento della propria identità

Data ,

Firma

Visto: Il/La Responsabile della Struttura

Il/La dipendente addetto/a

*da documentazione con idonea certificazione medica

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: rdp@unina.it; PEC: rdp@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>.