Università degli Studi di Napoli "Parthenope"

Ufficio Formazione, Relazioni Sindacali e Gestione Presenze P.T.A. ***Al Direttore Generale***

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A FRUIRE DEI RIPOSI E PERMESSI PER ASSISTENZA A FIGLI E FAMILIARI CON DISABILITÀ

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso _____ con rapporto di lavoro in regime:

☐ a tempo pieno ☐a tempo parziale ☐ orizzontale / ☐ verticale / ☐ misto, con prestazione dell'attività lavorativa pari a ____ ore settimanali per ____ giorni

PREMESSO(1)

☐ di essere genitore del minore _____

☐ di essere nella seguente relazione di parentela con il sig. / la sig.ra _____
▫padre ▫madre ▫fratello ▫sorella ▫figlio/a ▫coniuge ▫parte dell'unione civile ▫convivente ▫parente di secondo grado (_____) ▫affine di primo grado (_____) ▫affine di secondo grado (_____)

☐ di essere parente/affine di terzo grado al Sig. _____
e che lo stesso ▫non è coniugato ▫è vedovo ▫è coniugato, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età ▫ è coniugato, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante(2) ▫è separato legalmente o divorziato ▫ è coniugato, ma in situazione di abbandono ▫è orfano di entrambi i genitori ▫ha i genitori con più di 65 anni di età ▫ha i genitori affetti da patologia invalidante
il quale risulta affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 4 comma 1, della legge 104/92

CHIEDE

di usufruire (1):

☐ del prolungamento del congedo parentale per l'assistenza al figlio minore con disabilità (art. 33, D.Lgs. 151/01, e s.m.i.)

☐ dei riposi giornalieri per assistenza al figlio 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
Ingresso						
Uscita						

per l'assistenza al figlio minore con disabilità (art.42, c.2, D.Lgs. 151/01 e s.m.i)(1):
☐ dei giorni di permesso mensile ☐ delle ore di permesso mensile

per l'assistenza al figlio maggiorenne con disabilità (art.33, c. 3, L. 104/92 e s.m.i.)(1):
☐ dei giorni di permesso mensile ☐ delle ore di permesso mensile

per l'assistenza al parente /affine /coniuge /convivente /parte dell'unione civile con disabilità (art. 33, c. 3 L.104/92 e s.m.i.)[1]:

☐ dei giorni di permesso mensile ☐ delle ore di permesso mensile

A tal fine allega verbale della ASL/INPS attestante la connotazione di gravità dell'handicap di cui al comma 3 dell'art. 3 della L.104/1992.

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

· di essere residente nel comune di _____(_____)

· che il disabile non è ricoverato a tempo pieno (art. 33, comma 3, L. 104/92 e punto 5 della circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010).

· che il disabile è nato a _____ il ___/___/____codice fiscale _____, è residente a_____ ed [1](*)

☐ 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 [1]

☐ inferiore ai 150 km ☐ superiore ai 150 km

· che l'altro genitore[3] _____ nato a _____ il ____/____/_____ codice fiscale _____, lavoratore presso _____ con sede in _____

☐ usufruisce del medesimo beneficio ☐ non usufruisce del medesimo beneficio

· che non ci sono altre persone che utilizzano permessi per la stessa persona con disabilità [4].

· che in relazione al soggetto con disabilità sono presenti i seguenti parenti / affini entro il 3° grado lavoratori che non usufruiscono dei permessi ai sensi dell'art. 33 L. 104/92 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).

(1) Barrare la casella che interessa
(2) Allegare idonea documentazione o, nei casi consentiti dal DPR 445/00, dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà. Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle a carattere permanente indicate dall'art.2 del DM 278/00
(3) per il solo genitore del soggetto con disabilità
(4) per il familiare / affine di della persona con disabilità
(*) dichiarazione da rendere compatibilmente con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di collocamento a riposo per limiti massimi di età

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

a) fornire, all'inizio di ogni mese, al Responsabile della propria struttura la programmazione dei permessi richiesti;

b) comunicare tempestivamente all'Ufficio Formazione, Relazioni Sindacali e Gestione Presenze P.T.A. ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n.13/2010, punto 7);

c) 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.);

d) comunicare tempestivamente all'Ufficio Formazione, Relazioni Sindacali e Gestione Presenze P.T.A. 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.

e) presentare, ogni anno, dichiarazione attestante che da parte dell'ASL / INPS:

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 all'Ufficio Formazione, Relazioni Sindacali e Gestione Presenze P.T.A.;

ii. da parte dell'ASL/INPS non si è provveduto a revoche, rettifiche o modifiche circa il giudizio sulla connotazione di gravità dell'handicap del soggetto assistito.

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 dipendente addetto, previo accertamento della propria identità

Data_____ Firma del Dipendente_____

Il Dipendente addetto_____

VISTO:
Il Responsabile della Struttura

_____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003, n. 196, recante norme sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono raccolti 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 "Parthenope", titolare del trattamento. All'interessato competono i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/03.
Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76, DPR 28 dicembre 2000, n. 445). Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, DPR 28 dicembre 2000, n. 445)