



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 PERMESSI PER IL LAVORATORE 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

di essere affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n° 104/92,

CHIEDE

di usufruire, ai sensi dell'art. 33, comma 6, della medesima legge e in base alle reali esigenze:

<input type="checkbox"/>	○ dei giorni di permesso mensile	○	delle ore di permesso mensile			
delle 2 ore di permesso giornaliero, articolando il proprio orario di lavoro nel seguente modo:						
<input type="checkbox"/>	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
Ingresso						
Uscita						

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:

- che la copia del verbale ASL/INPS è conforme all'originale in proprio possesso;
- di necessitare dell'agevolazione richiesta per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità (circolare Dipartimento 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 Funzione Pubblica n. 13/2010, punto 7).

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a:

- 1) fornire, all'inizio di ogni mese, al Responsabile della struttura la programmazione dei permessi richiesti;
- 2) comunicare tempestivamente all'Ufficio Formazione, Relazioni Sindacali e Gestione Presenze P.T.A. ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010, punto 7);
- 3) presentare, ogni anno, dichiarazione attestante che da parte dell'ASL / INPS:
 - 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 dell'Ufficio Assenze e Presenze del Personale Contrattualizzato;
 - da parte dell'ASL / INPS non si è provveduto a revoche, rettifiche o modifiche circa il giudizio sulla connotazione di gravità dell'handicap del sottoscritto, rispetto al verbale in possesso all'Ufficio Formazione, Relazioni Sindacali e Gestione Presenze P.T.A. allegato all'atto dell'istanza di fruizione dei permessi in questione.

Data _____

Firma del Dipendente _____

VISTO:
Il Responsabile della Struttura

(*) barrare la casella che interessa

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 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 del 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)