

m.m.

**Alla Direttrice Generale
dell'Università degli Studi di Roma
"Tor Vergata"
SEDE**

OGGETTO: Richiesta di fruizione dei permessi retribuiti di cui all'art. 33, comma 3, della legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni

Il/la sottoscritta/o _____
nato a _____ (_____) il _____
codice fiscale _____
categoria _____, in servizio presso _____,
residente in _____ Via _____

chiede

di fruire dei permessi mensili (3 giorni al mese) ai sensi dell'art. 33, comma 3, della legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni, per me medesimo.

A tal fine il/la sottoscritta/o, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000, che:

1) Il proprio nucleo familiare è così composto:

cognome e nome	data nascita	rapporto di parentela	professione
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

2) Che altro familiare lavoratore dipendente che fruisce del beneficio per l'assistenza del/della richiedente è il/la sig. _____

Codice fiscale _____, in servizio presso _____

Il/la sottoscritta/o dichiara di essere consapevole che l'Università è tenuta a controllare la veridicità delle dichiarazioni rese e si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie rese, ed in particolare:

- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte di Commissione della AUSL;
- la fruizione degli stessi permessi da parte altro lavoratore dipendente per l'assistenza dell'assistito.

Il/la sottoscritta/o, inoltre, è consapevole che l'Università è tenuta, ai sensi dell'art. 24, comma, 4, della legge 04/11/2010, n. 183, a trasmettere annualmente alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della funzione pubblica i dati elencati nel medesimo comma e che, a tal fine, è autorizzata, ai sensi del comma 6 dello stesso articolo 24, "al trattamento dei relativi dati personali e sensibili" e provvede alla conservazione dei dati per un periodo non superiore a trenta giorni dalla loro comunicazione, decorsi i quali, salve specifiche esigenze amministrativo-contabili, ne cura la cancellazione.

Allega:

- il documento attestante la condizione di persona con handicap in situazione di gravità del____ sig._____, rilasciato da ASL/INPS/Tribunale di _____ in data ____/____/____;
- altro: _____.

Roma,

Firma del richiedente

L'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", in qualità di Titolare del trattamento, tratterà i dati personale di cui è in possesso ai sensi del Regolamento UE n. 679/2019 ("GDPR"), del D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs. 101/2018 ("Codice della Privacy"), di ulteriore normativa di settore e nel rispetto dei provvedimenti del Garante per la Protezione dei Dati Personali. L'informativa di riferimento è reperibile al link <http://utov.it/s/privacy>.