

**Parenti e affini entro il terzo grado**

**Al Magnifico Rettore  
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 sottoscritto \_\_\_\_\_  
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 il familiare:

cognome \_\_\_\_\_  
nome \_\_\_\_\_  
luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_  
residenza (da indicare solo se diversi da quelli del richiedente)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tal fine il sottoscritto, 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) la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno;
- 2) la persona da assistere  
non è dipendente di una pubblica amministrazione  
*oppure*  
è dipendente della seguente pubblica amministrazione:

\_\_\_\_\_ con contratto a tempo indeterminato/determinato

- 3) la famiglia della persona da assistere è così composta:

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

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

4) tra il/la sottoscritto/a e la persona da assistere intercorre la seguente relazione:

- parente o affine entro il terzo grado  
(nel caso in cui i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbia compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti )
- convivente con il richiedente
- non convivente, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza (se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza);

5) nessun altro lavoratore dipendente fruisce del beneficio per l'assistenza del\_\_ sig.\_\_  
\_\_\_\_\_.

Il sottoscritto 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:

- il ricovero a tempo pieno dell'assistito;
- 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 sottoscritto, 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.

Si allega:

- il certificato medico attestante la condizione di persona con handicap in situazione di gravità del\_\_ sig.\_\_ \_\_\_\_\_, rilasciato dalla AUSL di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- altro: \_\_\_\_\_.

Roma,

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente