

m.m.

**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 me medesimo.

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) Il proprio nucleo familiare è così composto:

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

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:

- 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