



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A FRUIRE DEI PERMESSI PER IL LAVORATORE CON DISABILITÀ

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____
(nome) (cognome)

in servizio presso _____ con rapporto di lavoro in regime:

☐ a tempo pieno

☐ a tempo parziale, 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:

☐	☐ 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:					
	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 della 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 propria sede di servizio la programmazione dei permessi richiesti;
- 2) comunicare tempestivamente all'Ufficio Assenze e Presenze del Personale Contrattualizzato ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010, punto 7);
- 3) presentare, entro il 15 gennaio di ogni anno, dichiarazione attestante che da parte dell'ASL / INPS:
 - (a) 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;
 - (b) 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 dell'Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato allegato all'atto dell'istanza di fruizione dei permessi in questione.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati 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 Federico II.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpdc@unina.it; PEC: rpdc@pec.unina.it. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato al seguente indirizzo: uappc@unina.it; PEC: uappc@pec.unina.it.

Agli interessati competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. Le informazioni complete, relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.