

**CONGEDO PER LA CURA DI FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE (cod. SiRP N.209)**

Il/la sottoscritto/a _____

matr. _____ in servizio presso _____

in regime ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale**PREMESSO**

di essere ☐ coniuge convivente ☐ parte dell'unione civile convivente ☐ genitore
☐ genitore adottivo/affidatario ☐ fratello/sorella convivente ☐ figlio/a convivente
☐ parente di 2° grado convivente ☐ parente di 3° grado convivente
☐ affine di 2° grado convivente ☐ affine di 3° grado convivente

del sig. _____ nato a _____
 (nome) (cognome)

_____ (_____) il _____ cod. fiscale _____

il quale risulta affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 4 comma 1, della legge 104/92.

CHIEDE

di usufruire del congedo retribuito di cui all'art. 42. c.5, del D.Lgs. 26 marzo 2001, n°151, e s.m.i. , a decorrere dal giorno _____ e fino al giorno _____, per complessivi gg _____;
 dal giorno _____ e fino al giorno _____, per complessivi gg _____;
 dal giorno _____ e fino al giorno _____, per complessivi gg _____;
 dal giorno _____ e fino al giorno _____, per complessivi gg _____.

A tal fine allega certificato rilasciato dalla ASL o dall'INPS attestante il riconoscimento della connotazione di gravità dell'handicap di cui al c. 3 dell'art. 3 della L.104/1992.

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/2000 dichiara:

· che la persona con handicap sopra indicata:

() non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati

() è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati e che, come da allegata certificazione, è stata prescritta la presenza da parte del sottoscritto

() che i principali aventi diritto al congedo non lo hanno richiesto in quanto:

- il/la sig./sig.ra _____, coniuge convivente/parte dell'unione civile convivente-genitore/genitore adottivo o affidatario-figlio convivente-fratello/sorella convivente-parente di 2° grado convivente/parente di 3° grado convivente-affine di 2° grado convivente-affine di 3° grado convivente, nato/a _____ () il _____

() è mancante () è deceduto a _____ il _____ () è affetto da patologia invalidante*

- il/la sig./sig.ra _____, coniuge convivente/parte dell'unione civile convivente-genitore/genitore adottivo o affidatario-figlio convivente-fratello/sorella convivente-parente di 2° grado convivente/parente di 3° grado convivente-affine di 2° grado convivente-affine di 3° grado convivente, nato/a _____ () il _____

() è mancante () è deceduto a _____ il _____ () è affetto da patologia invalidante*

- il/la sig./sig.ra _____, coniuge convivente/parte dell'unione civile convivente-genitore/genitore adottivo o affidatario-figlio convivente-fratello/sorella convivente-parente di 2° grado convivente/parente di 3° grado convivente-affine di 2° grado convivente-affine di 3° grado convivente, nato/a _____ () il _____

() è mancante () è deceduto a _____ il _____ () è affetto da patologia invalidante*

- il/la sig./sig.ra _____, coniuge convivente/parte dell'unione civile convivente-genitore/genitore adottivo o affidatario-figlio convivente-fratello/sorella convivente-parente di 2° grado convivente/parente di 3° grado convivente-affine di 2° grado convivente-affine di 3° grado convivente, nato/a _____ () il _____

() è mancante () è deceduto a _____ il _____ () è affetto da patologia invalidante*

- il/la sig./sig.ra _____, coniuge convivente/parte dell'unione civile convivente-genitore/genitore adottivo o affidatario-figlio convivente-fratello/sorella convivente-parente di 2° grado convivente/parente di 3° grado convivente-affine di 2° grado convivente-affine di 3° grado convivente, nato/a _____ () il _____

() è mancante () è deceduto a _____ il _____ () è affetto da patologia invalidante*

- il/la sig./sig.ra _____, coniuge convivente/parte dell'unione civile convivente-genitore/genitore adottivo o affidatario-figlio convivente-fratello/sorella convivente-parente di 2° grado convivente/parente di 3° grado convivente-affine di 2° grado convivente-affine di 3° grado convivente, nato/a _____ () il _____

() è mancante () è deceduto a _____ il _____ () è affetto da patologia invalidante*

- durante il periodo di congedo richiesto, nessun altro avente diritto ha richiesto di astenersi dal lavoro medesimo né usufruirà dei permessi di cui all'art. 33, c. 3, della L. 104/1992 e di cui all'art. 42 c. 2, del D. Lgs. n. 151/2001;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del soggetto con disabilità e pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 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;
- che, per la predetta persona con disabilità, sono già stati richiesti, da parte dei seguenti familiari lavoratori, compreso il sottoscritto, i seguenti periodi del congedo in questione:

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	NOME AZIENDA	INDIRIZZO AZIENDA	PERIODI DI CONGEDO FRUITI

e che pertanto non è stata superata la durata massima complessiva, pari a due anni così come previsto dall'art. 42, c. 5bis, D.Lgs. 151/01;

- di essere a conoscenza delle condizioni previste per la fruizione del congedo richiesto.

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a:

1. comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
2. presentare dichiarazione a cadenza annuale che da parte della ASL/INPS non si è provveduto a revoche, rettifiche o modifiche circa il giudizio sulla connotazione di gravità, nonché a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei presupposti per la fruizione o la documentazione dei permessi stessi.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 il sottoscritto:

- ☐ sottoscrive la presente domanda e allega copia fotostatica del proprio documento di identità
☐ sottoscrive la presente istanza dinanzi al dipendente addetto, previo accertamento della propria identità

Data _____ Firma _____

Il dipendente addetto _____

VISTO: Il Responsabile della struttura: _____

*da documentazione con idonea certificazione medica

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>.