



## CONGEDO PER LA CURA DEL FAMILIARE CON DISABILITÀ GRAVE (cod. Si.R.P. n. 209)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

in regime di  tempo pieno  tempo parziale

### PREMESSO

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

Del/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ in provincia di ( \_\_\_\_\_ )

il \_\_\_\_\_, codice fiscale: \_\_\_\_\_

il/la quale risulta affetto/a 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  
 A tal fine allega certificato rilasciato dalla ASL o dall'INPS attestante il riconoscimento della connotazione di gravità

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ per complessivi gg \_\_\_\_\_ ;

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ per complessivi gg \_\_\_\_\_ ;

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ per complessivi gg \_\_\_\_\_ ;

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ per complessivi gg \_\_\_\_\_ ;

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ per complessivi gg \_\_\_\_\_ ;

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ per complessivi gg \_\_\_\_\_ ;

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/a 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 a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

il \_\_\_\_\_  è mancante  è deceduto/a  è affetto/a da patologia invalidante \*

- il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_,

coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente  genitore / genitore adottivo o affidatario

figlio/a 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 a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

il \_\_\_\_\_  è mancante  è deceduto/a  è affetto/a da patologia invalidante \*

- il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_,

coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente  genitore / genitore adottivo o affidatario

figlio/a 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 a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

il \_\_\_\_\_  è mancante  è deceduto/a  è affetto/a da patologia invalidante \*

- il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ ,  
 coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente       genitore / genitore adottivo o affidatario  
 figlio/a 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 a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_       è mancante       è deceduto/a       è affetto/a da patologia invalidante \*

- il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ ,  
 coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente       genitore / genitore adottivo o affidatario  
 figlio/a 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 a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_       è mancante       è deceduto/a       è affetto/a da patologia invalidante \*

- il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ ,  
 coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente       genitore / genitore adottivo o affidatario  
 figlio/a 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 a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_       è mancante       è deceduto/a       è affetto/a da patologia invalidante \*

- durante il periodo di congedo richiesto, nessun altra persona 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/la sottoscritto/a, inoltre, si impegna a:

- comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- 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/la sottoscritto/a:

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

Data ,

Firma

Visto: Il/La Responsabile della Struttura

Il/La dipendente addetto/a

\*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](mailto:ateneo@pec.unina.it); oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: [rpdc@unina.it](mailto:rpdc@unina.it); PEC: [rpdc@pec.unina.it](mailto: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](mailto:uappc@unina.it); PEC: [uappc@pec.unina.it](mailto: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>.

UAPPCDIS3