



UNIVERSITÀ DI PISA

### All'Ufficio del Personale

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

Appartenete all'area:

- Operatori
- Collaboratori
- Funzionari
- Elevata Professionalità
- Collaboratore ed Esperto Linguistico (ore di lavoro \_\_\_\_\_)
- Tecnologo

con contratto a tempo:

- indeterminato
- determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Tipo di part time:

- misto \_\_\_\_\_ %
- verticale \_\_\_\_\_ %
- orizzontale \_\_\_\_\_ %

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

### in relazione alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza a portatori di handicap in situazione di gravità, chiede

- di fruire dei permessi, ai sensi dell'art 33, comma 3 della L. n. 104/92, per l'assistenza del familiare \_\_\_\_\_, grado di parentela<sup>1</sup> \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_;

- Rivedibile nel mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_
- Non Rivedibile

A tal fine dichiara che:

- che il suddetto familiare **non è ricoverato a tempo pieno;**
- che il suddetto familiare è ricoverato a tempo pieno con le seguenti deroghe:
  - o deve effettuare visite e terapie al di fuori della struttura, che non sono garantite dalla stessa, come documentato da idonea certificazione;

<sup>1</sup> Rispetto al richiedente

- necessita di assistenza da parte di un familiare, come certificazioni dei sanitari della struttura;
- si trova in uno stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine;
- che, essendo il suddetto familiare residente in un comune situato ad una distanza superiore a 150 Km da quella del sottoscritto/a, ogni volta provvederà a presentare titolo del viaggio o altra documentazione **idonea** a provare il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito
- di essere consapevole che, producendo un verbale provvisorio dell'ASL o una certificazione dello specialista dopo 45 gg dalla richiesta all'INPS, nel caso del non riconoscimento dell'handicap **in situazione di gravità** da parte della Commissione Medica, l'Amministrazione provvederà al recupero di quanto già usufruito a titolo di permessi.
- che per il suddetto familiare i permessi sono riconosciuti anche ai seguenti altri soggetti (fermo restando il limite massimo mensile di 3 giorni): \_\_\_\_\_ a lavora presso \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_);
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita del beneficio.

*Il/la sottoscritto/a è consapevole che:*

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni).

Pisa, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Visto, il Responsabile \_\_\_\_\_

"Ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 i dati personali, compresi quelli che necessitano un trattamento particolare, obbligatoriamente conferiti, saranno trattati dall'Università di Pisa con procedure prevalentemente informatizzate, esclusivamente per le finalità e con le modalità descritte nell'informativa pubblicata al seguente link: <https://start.unipi.it/wp-content/uploads/2023/09/informativa-personale.pdf>"

Pisa, li \_\_\_\_\_

Per presa visione, il/la dichiarante \_\_\_\_\_