



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 persona con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato, chiede

- di fruire dei permessi, ai sensi dell'art 33, comma 3 della L. n. 104/92, per l'assistenza del familiare _____, _____ grado di parentela¹ _____, 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 **coniuge, parente o affine entro il secondo grado²** ovvero entro il terzo qualora i genitori o il coniuge della persona con disabilità abbiano compiuto i

¹ Rispetto al richiedente

² Sono parenti di primo grado: genitori e figli. Sono parenti di secondo grado: nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli dei figli). Sono parenti di terzo grado: bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e/o sorelle) pronipoti in linea retta. Sono affini di primo grado: suocera/o, nuora, genero. Sono affini di secondo grado: cognati. Sono affini di terzo grado zii acquisiti, nipoti acquisiti.

sessantacinque anni di età, oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti

- che il suddetto familiare è ricoverato a tempo pieno con le seguenti deroghe:
 - deve effettuare visite e terapie al di fuori della struttura, che non sono garantite dalla stessa, come documentato da idonea certificazione;
 - 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, nell'ordine di priorità fra i familiari previsto dal D. Lgs 151/01, è il beneficiario perché i precedenti in ordine di successione sono:
 - mancanti
 - deceduti
 - affetti da patologie invalidante, come da certificazione allegata riferita al Sig. _____ quale _____
 - altro _____

- 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 di condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato 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 _____