



Università degli Studi di Napoli " Parthenope"

Ufficio Personale Tecnico Amministrativo

Al Direttore Amministrativo

CONGEDO PER LA CURA DI FIGLIO DISABILE GRAVE

Il/La sottoscritto/a _____
in servizio presso _____

PREMESSO (1)

di essere genitore/fratello (*) di _____
nato/a a _____ il __/__/__

- Che il suddetto risulta essere affetto da handicap con connotazione di gravità, accertata ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 104/1992
- Di avere titolo a usufruire dei benefici di cui all'art. 42, commi 2 e 3, del D.Lgs. 151/2001 (permessi per figli con handicap grave)

CHIEDE

di usufruire del congedo retribuito di cui all'art. 42, c. 5, del D.Lgs 26 marzo 2001, n° 151 a decorrere dal giorno __/__/__ e fino al giorno __/__/__ per complessivi gg_____.

A tal fine:

- allega certificato della ASL attestante il riconoscimento della connotazione di gravità dell'handicap di cui al comma 3 dell'art. 3 della L.104/1992;
- si impegna a presentare dichiarazione a cadenza annuale che da parte della ASL 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 dei permessi stessi.

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o mendaci, così come stabilito dall'art.76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara:

- che il familiare sopra indicato non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che nessun altro avente diritto ha richiesto di astenersi dal lavoro per il medesimo motivo né usufruirà dei permessi di cui all'art. 42, commi 2 e 3, del D.Lgs n°151/2001 durante il periodo di congedo richiesto;
- di non aver superato, nel corso della propria vita lavorativa, il limite di due anni previsto per la fruizione del congedo per motivi di famiglia e/o di studio;
- che gli altri aventi diritto _____

sono lavoratori presso _____
ed hanno usufruito del congedo per motivi di famiglia e/o studio nei seguenti periodi:

e del congedo per la cura del suindicato figlio/fratello disabile grave nei seguenti periodi:

- di non aver superato il limite complessivo tra il sottoscritto e gli altri aventi diritto di due anni previsto per la fruizione del congedo per la cura del suindicato figlio/fratello disabile grave;
- di essere a conoscenza delle condizioni previste per la fruizione del congedo richiesto.

Data _____

Firma _____

VISTO: Il Responsabile della Struttura _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, recante norme sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono raccolti 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 "Parthenope", titolare del trattamento. All'interessato competono i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs n. 196/03. Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76, DPR 28 dicembre 2000, n. 445). Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, DPR 28 dicembre 2000, n. 445)