

Al Direttore Generale  
Università degli Studi di Palermo  
SEDE

La/il sottoscritta/o		matr.	
nata/o a		il	
residente a		in via	
in servizio presso		tel.	

C H I E D E

di fruire del congedo straordinario spettante al coniuge convivente di persona in condizione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 e della relativa indennità in base all'art.42 comma 5 del D. Lgs. 151/2001 per i seguenti periodi:

dal  al  tot. gg.

dal  al  tot. gg.

per assistere al coniuge sotto indicato:

cognome		nome	
data di nascita		luogo di nascita	
residente a		via/piazza	

A T A L F I N E D I C H I A R A

- di essere convivente con il coniuge in condizione di disabilità grave
- che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge 104/1992 dalla ASL di  in data  rivedibile  sì  no
- che non è ricoverato a tempo pieno
- che non è impegnato in attività lavorativa
- che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri previsti dall'art. 33 della L. 104/92
- che i genitori e/o i fratelli del coniuge non hanno mai usufruito di giorni di congedo straordinario (con paga o senza paga) per la stessa persona in condizione di disabilità grave
- che i genitori e/o i fratelli del coniuge hanno usufruito di n.  giorni di congedo straordinario retribuito per lo stesso figlio/a in condizione di disabilità grave

## DICHIARA INOLTRE

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari retribuiti per lo stesso o per altro familiare

dal  al  tot. gg.

dal  al  tot. gg.

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari NON retribuiti “per gravi e documentati motivi familiari” (art 4, comma 2. L.53/2000)

dal  al  tot. gg.

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell’handicap da parte della Commissione ASL, etc...

Il/la sottoscritto/a, è inoltre consapevole che l’amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti. Dichiaro inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

data

e-mail

La/il sottoscritta/o

### ALLEGATI

Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante la situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L.104/92 in originale o copia autentica se non è già in possesso di questa Amministrazione

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art 13 D.Lgs. 196/2003)

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l’impossibilità di dare corso a quanto richiesto. Il titolare del trattamento dei dati è Università degli Studi di Palermo; il responsabile è il Direttore Amministrativo Organizzazione ed incaricato del trattamento l’U.O. Gestione Presenze e Trattamento Accessorio. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

L’interessato ha diritto di ottenere l’aggiornamento, la rettificazione, l’integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.