



Modulo di Unità Operativa	MU 201110 B 01 Rev. 9 del 10/08/2022 Pagina 1 di 4
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UNICO UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	
DOMANDA DI PERMESSI ex art. 33 co. 3 LEGGE 104/92	

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76).

Il/la sottoscritto/a matricola n.
Nato/a a il e residente a
in Via CAP
dipendente dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona,
in servizio presso in qualità di
e con rapporto di lavoro a tempo: ☐ pieno ☐ parziale orizzontale % ☐ parziale verticale %

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi retribuiti mensili di cui all'art. 33, comma 3 della Legge 104/92 e s.m.i. e si impegna a comunicare preventivamente, quando oggettivamente possibile, i giorni di assenza al fine del buon andamento del servizio, per **assistere**:

DATI DELLA PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE

(di cui all'art. 3, comma 3 della Legge 104/92)

Sig./Sig.ra , nato/a il a
Residente a C.F.
☐ Figlio/a
☐ Figlio/a adottato/a - affidato/a: data provvedimento di adozione/affidamento
☐ Coniuge o parte di un'unione civile;
☐ convivente di fatto ai sensi dell'art. 1 co. 36 L. 76/2016;
☐ Parente o affine entro il 2° grado (specificare parentela o affinità: es. genitore, nonno, fratello, sorella ecc.)

☐ Parente entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge o la parte di un'unione civile o il convivente di fatto ai sensi dell'art. 1 co. 36 L. 76/2016 della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti;
☐ portatore di handicap grave, accertato dall'INPS competente in data con validità:

☐ Non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati (casa di riposo, r.s.a., ospedali, ecc.)
☐ Il/la suindicato/a disabile non presta attività lavorativa;
☐ Il/la suindicato/a disabile presta attività lavorativa presso (indicare Datore di lavoro ed indirizzo):

e ☐ beneficia ☐ non beneficia dei permessi previsti dalla Legge 104/92 per se stesso

ALLEGATO

☐ Il certificato attestante la gravità dell'handicap

Data

Firma



DICHIARA:

- ☐ di essere convivente con il soggetto disabile grave;
- ☐ di non essere convivente con il disabile grave al quale viene prestata l'assistenza rispetto alle concrete esigenze della persona con disabilità grave e la distanza chilometrica tra le due abitazioni è di Km: ;
- ☐ di non essere convivente con il disabile grave e che la distanza chilometrica tra il comune di residenza del sottoscritto e il comune di residenza del disabile è superiore a 150 Km. Si impegna a trasmettere mensilmente al Servizio di Competenza, tramite documentazione "con un titolo di viaggio o altro", di aver raggiunto effettivamente l'assistito.

Ai sensi dell'art. 33 co. 3 l. 104/92 e s.m.i. i permessi sono fruibili da parte di un solo familiare (tra quelli indicati all'art. 33 co. 3 l. 104/92) o da più familiari di cui al medesimo articolo **in via alternativa fra loro nel limite massimo complessivo di 3 giorni al mese per assistito**, pertanto il sottoscritto

DICHIARA

☐ di voler usufruire in via **esclusiva** dei permessi (3 giorni al mese), fatta salva in ogni caso la possibilità di modificare successivamente tale indicazione ai sensi dell'art. 33 co. 3 l. 104/1992 (fruizione alternativa con altri familiari nei limiti dei 3 giorni al mese)

oppure

☐ di voler usufruire dei permessi, **nel limite massimo complessivo di 3 giorni al mese, in alternanza** con il/i seguente/i familiare/i, che già usufruisce/usufruiscono dei permessi per il medesimo disabile, di seguito indicati:

1° familiare: Cognome e Nome

C.F. non dipendente / oppure dipendente presso

Via

CAP Comune provincia

2° familiare: Cognome e Nome

C.F. non dipendente / oppure dipendente presso

Via

CAP Comune provincia

**SEZIONE DA COMPILARE SOLAMENTE NEL CASO IN CUI IL RICHIEDENTE INTENDA
USUFRUIRE IN VIA ESCLUSIVA DEI 3 GIORNI AL MESE**

☐ si dichiara che, oltre al dichiarante, i parenti e/o affini entro il terzo grado della persona da assistere, compreso il coniuge, la parte di una unione civile e il convivente di fatto, lavoratori dipendenti pubblici o privati, sono le persone sotto indicate:

Nome e cognome

nato il a

Indicare grado di parentela / affinità / coniugio e status equiparati rispetto al disabile:

dipendente dalla ditta

denominazione della ditta - via/piazza n. civico - località - cap

Nome e cognome

nato il a

Indicare grado di parentela / affinità / coniugio e status equiparati rispetto al disabile:

dipendente dalla ditta

denominazione della ditta - via/piazza n. civico - località - cap



Nome e cognome

nato il

a

Indicare grado di parentela / affinità / coniugio e status equiparati rispetto al disabile: _____

dipendente dalla ditta

denominazione della ditta - via/piazza n. civico - località - cap

☐ che nessuna delle persone sopra indicate ha chiesto né usufruisce, al momento della presentazione della presente domanda, dei benefici della legge 104/92;

OPPURE

☐ che, oltre al dichiarante, non vi sono altri parenti e/o affini entro il terzo grado della persona da assistere, compreso il coniuge, la parte di una unione civile, il convivente di fatto, che siano lavoratori dipendenti pubblici o privati;

SOLO PER DARE ASSISTENZA A FAMILIARI DI 3° GRADO:

☐ Il sottoscritto **dichiara** che è sussistente almeno una delle seguenti condizioni: *i genitori o il coniuge o la parte di un'unione civile o il convivente di fatto ai sensi dell'art. 1 co. 36 L. 76/2016 della persona con handicap in situazione di gravità hanno compiuto i sessantacinque anni di età oppure sono anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti* (indicare quale delle precedenti condizioni è sussistente _____)

SOLO IN CASO DI SECONDA RICHIESTA DI BENEFICI

Il sottoscritto **dichiara** che il familiare per il quale presta già assistenza in forza di precedente richiesta di benefici ex l. 104/92:

☐ è proprio parente o affine entro il primo grado, coniuge o parte di un'unione civile, convivente di fatto ai sensi dell'art. 1 co. 36 l. 76/2016;

☐ è proprio parente o affine entro il secondo grado e i genitori o il coniuge della persona con disabilità in situazione di gravità hanno compiuto i 65 anni d'età oppure sono anch'essi affetti da patologie invalidanti o sono deceduti o mancanti (*indicare quale delle precedenti condizioni è sussistente* _____)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del disabile grave presso istituti specializzati ovvero presso una qualsiasi struttura ospedaliera, anche se non legata direttamente o indirettamente alla disabilità;
- la revisione del giudizio di gravità della disabilità;
- la fruizione dei permessi, per lo stesso disabile grave, da parte di altri familiari;
- il decesso.

Il dipendente è 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 per l'effettiva tutela del disabile.

Data _____

Firma del richiedente _____



DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto:

-è informato che AOUI tratterà i dati forniti, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati potrebbero essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale (art.13 d. lgs. 196/2003 e art. 13 Regolamento UE 2016/679);

-è consapevole che il titolare del trattamento dei dati personali è l'AOUI e delegato al trattamento è il Direttore dell' UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università;

-è consapevole di poter esercitare i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, ed in particolare il diritto di accesso ai dati personali che lo riguardano in corso di trattamento e alle altre informazioni di cui all'art. 15, par. 1, Regolamento UE 2016/679 e di poter proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma. Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a servizio.personale@aovr.veneto.it, all'indirizzo postale della sede legale di questa AOUI.

Il sottoscritto **dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.L.vo 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla Legge ex art. 7 D.L.vo 196/2003, acconsente al trattamento dei dati con le modalità e per le finalità indicate nella normativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.**

Data _____

Firma _____