**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

(Art.47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

**Permessi retribuiti ex L. 104/1992**

Da compilare e spedire all’Ufficio Personale Tecnico Amministrativo c/o DARU

Il sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_, consapevole di quanto prescritto dall’art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 sulla decadenza dai benefici in caso di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art. 76 sulla responsabilità penale, cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace

**DICHIARA**

1. che per il padre/madre/fratello/sorella \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da parte dell’A.S.L. n. \_\_\_\_\_\_\_\_ è stata emessa certificazione provvisoria relativa allo stato di handicap in situazione di gravità con seduta del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pratica n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. che il/la padre/madre/fratello/sorella \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ risiede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_ e non è ricoverato a tempo pieno presso strutture specializzate nella cura della patologia di cui è affetto;
3. che il coniuge, i parenti ed affini rilevanti ai fini della fruizione dei benefici della Legge n. 104/92 di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono i seguenti:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Relazione con l’assistito | Nome e cognome | Data di nascita | Codice fiscale | Residenza | Datore di lavoro |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. di essere l’unico fruitore per l’assistenza alla stessa persona in situazione di disabilità grave;
2. di fruire dei benefici della Legge n. 104/92 per il parente in situazione di disabilità grave alternativamente con il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, come previsto dall’art. 33, comma 3 della Legge n. 104/92 e ss. mm. ii.;
3. di consegnare alla Direzione Risorse umane e affari generali certificazione provvisoria dalla quale risulti l’accertamento della situazione di handicap grave;
4. di impegnarsi a consegnare copia del verbale definitivo della Commissione medica non appena disponibile;
5. che il documento originale, di cui al punto 1, è nella propria disponibilità;

**DICHIARA DI ESSERE INFORMATO CHE**

* con cadenza annuale, dichiarerà la persistenza delle condizioni che hanno determinato la richiesta di fruizione dei benefici;
* i permessi sono uno strumento di assistenza al disabile e la concessione degli stessi comporta la conferma dell’impegno, morale e giuridico a prestare effettivamente assistenza al proprio familiare;
* i permessi sono concessi solo ad esclusiva tutela del disabile e comportano un onere per l’amministrazione ed un impegno di spesa pubblica;
* ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la decadenza dei requisiti per l'utilizzo delle agevolazioni deve essere tempestivamente comunicata all’Amministrazione;
* al fine di garantire la funzionalità degli Uffici e la migliore organizzazione dell’attività amministrativa, predisporrà, ove compatibile, una programmazione mensile dei giorni in cui intende assentarsi, che comunicherà all’ufficio di appartenenza all’inizio di ogni mese;
* in caso di necessità ed urgenza, la relativa comunicazione verrà presentata nelle 24 ore precedenti la fruizione dello stesso e, comunque, non oltre l’inizio dell’orario di lavoro del giorno in cui utilizzerà il permesso;
* l’Amministrazione si riserva la facoltà di procedere ad idonei controlli circa la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese;
* i dati personali vengono trattati, ai sensi del Reg. UE 2016/679, ai fini della gestione del rapporto di lavoro e che il Titolare del trattamento è l’Università degli Studi di Udine;
* ha il diritto di richiedere: l’accesso ai suoi dati personali (art. 15 GDPR), la rettifica dei dati inesatti o l’integrazione di quelli incompleti (art. 16 GDPR), la cancellazione dei dati personali che la riguardano (art. 17 GDPR), e la limitazione del trattamento dei dati personali (art. 18 GDPR);
* l’informativa “Art. 13 GDPR – Personale Tecnico Amministrativo” è disponibile al seguente indirizzo:

<https://www.uniud.it/it/pagine-speciali/guida/privacy>

**CHIEDE**

di fruire delle giornate di permesso mensile e/o delle ore di permesso mensile per assistere la persona in situazione di disabilità grave come previsto dalla Legge n.104/1992 e ss. mm. ii.

Udine, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FATTO, LETTO E SOTTOSCRITTO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_