

**Istanza di permessi
ai sensi della Legge n. 104/1992**

**Al Magnifico Rettore dell'Università di Udine – SEDE
e p.c.**

Al Direttore del Dipartimento di

e p.c.

**Al Direttore dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli
Centrale (per i docenti afferenti il DAME)**

DATI DEL RICHIEDENTE:

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a il _____ a _____

residente in _____ CAP _____

via _____ n _____

CF _____

Tel _____ PEC (eventuale) _____

in servizio presso l'Università degli Studi di Udine, afferente al Dipartimento di _____,

con la presente

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi mensili, nella misura di tre giorni al mese, ai sensi dell'art. 33 della Legge n. 104/1992, della Legge n. 53/2000 e della Legge n. 183/2010, per assistere (Cognome e nome) _____ nato/a

il _____ a _____

residente in _____ via _____ n _____

CF _____ grado di parentela _____, soggetto riconosciuto in situazione

di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992, come da documentazione allegata alla presente istanza.

A tal fine, il/la Richiedente, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000



DICHIARA

- di essere l'unico referente del familiare su indicato

oppure

- che gli altri familiari che utilizzano i permessi oggetto della presente richiesta per la persona da assistere sopra indicata sono i seguenti:

Parentela rispetto alla persona assistita	Cognome e nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Datore di lavoro	Indirizzo datore di lavoro

che la persona da assistere:

- è ricoverata ed assistita a tempo pieno presso una struttura ospedaliera/ protetta o similari:

Sì, con le seguenti deroghe/necessità di assistenza _____ (in riferimento a tali deroghe/necessità il/la Richiedente fornirà relativa certificazione medica)

No

- è convivente con il/la Richiedente:

Sì

No

- è dipendente pubblico:

Sì

No

presso _____

con sede in _____

Il Richiedente allega alla presente:

1) Certificato rilasciato dall'ASL competente attestante lo stato di gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992;

2) Copia del documento d'identità del Richiedente;

3) Altra documentazione inerente la presente istanza, di seguito indicata:

Il Richiedente all'inizio di ogni mese indicherà le giornate nelle quali ogni referente intende fruire dei suindicati permessi, salvo variazioni di date che comunicherà tempestivamente all'ufficio personale accademico (docenti.assenze@uniud.it).

Il/la sottoscritto/a s'impegna a comunicare tempestivamente all'ufficio personale accademico (docenti.assenze@uniud.it) eventuali variazioni di dati o delle circostanze sopra indicati.



INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Il/la Richiedente prende atto e visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali del personale docente e ricercatore dell'Università di Udine pubblicata sul sito di Ateneo al seguente link: https://www.uniud.it/it/pagine-speciali/materiale-gdpr/informative/informativa_art13_gdpr_docenti.pdf

di cui il/la Richiedente ha preso visione.

(Luogo e data)

(Il/la Richiedente)