

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA

Area Personale
Servizio personale tecnico amministrativo
Settore gestione delle presenze

Il/la sottoscritto/a _____ matricola _____
codice fiscale _____ residente in _____
via _____ cap _____
in servizio presso _____

CHIEDE

il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i per se stesso in quanto disabile in situazione di gravità.

Allega al tal fine la seguente documentazione:

certificato medico di I istanza rilasciato dalla ASL, attestante la disabilità e la condizione di gravità della patologia dalla quale è affetto

certificato di commissione medica ASL convalidato dal giudizio definitivo dell'INPS il quale definisce, tra l'altro, una disabilità:

rivedibile anno e mese di revisione _____

non rivedibile

Il/La sottoscritto/a comunica che beneficerà di:

riposi giornalieri da 1 ora o 2 ore a seconda dell'orario di lavoro (inferiore o superiore alle 6 ore)

3 giorni di permesso mensile, frazionabili anche a ore

Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dall'Università degli Studi di Genova esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto e in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30/6/2003 n.196 e successive modifiche e dei regolamenti in materia di cui al D.R. n. 198 dell'11/7/2001 e n. 165 del 12/4/2006. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445).

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 del D.P.R. 28/12/2000 n.445).

Data _____

firma _____