

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 l'assistenza al proprio figlio/a disabile in situazione di gravità.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in materia di Documentazione Amministrativa e che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 dello stesso D.P.R. 445/2000 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dei benefici conseguiti, ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.P.R.

DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ nato il _____
a _____ prov. _____ stato _____
residente in _____ prov. _____ Cap _____

figlio/a naturale

figlio/a in adozione

figlio/a in affido

figlio/a minore di tre anni

figlio maggiore di tre anni

figlio/a maggiorenne

è in situazione di disabilità grave

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 il predetto familiare

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

rivedibile anno e mese di revisione _____

non rivedibile

Ai suddetti fini, il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso DPR, che la fruizione è alternativa con l'altro genitore:

cognome e nome _____ codice fiscale _____

luogo di lavoro _____ ente pubblico si no

che il figlio/a disabile non è ricoverato a tempo pieno

che il figlio/a disabile è ricoverato a tempo pieno e il/la sottoscritto/a fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate

che il figlio/a disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del genitore

che il figlio/a disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale

Il/La sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del figlio/a _____ dichiara di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza nei periodi dichiarati.

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 _____