



Università di Foggia

Al Magnifico Rettore
Sede

Area Risorse Umane
Settore
Personale Tecnico Amministrativo
Ufficio
Gestione Presenze
Responsabile Dott. Pasquale Monteleone

Oggetto: Assistenza disabili

IL /LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome:	Nome:
Matricola:	Categoria:
Sede di servizio:	Orario di servizio : <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> part – time orizzontale <input type="checkbox"/> part- verticale di ore.....
Residenza:	

CHIEDE

di usufruire (art. 33 comma 3 L. 104/92, artt. 19 e 20 L. 53/2000 e circolare INPDAP n. 34/2000) di:

- 3 giorni di permesso mensile**
ovvero
- 18 ore mensili**
per assistenza a congiunto in condizione di handicap grave.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o mendaci, così come stabilito dall'art. 26 della Legge 15/68, richiamato dall'art. 6 comma 2, del D.P.R. 403/98, dichiara:

Dati della persona in condizione di handicap grave	
Cognome:	Nome:



Comune o Stato estero di nascita	Data di nascita		
Dati di residenza :			
Comune	Prov.	CAP	Indirizzo
Barrare all'interno dei sottostanti campi le voci di pertinenza:			
<input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela).....			
<input type="checkbox"/> Convivente con il/la richiedente <input type="checkbox"/> non convivente con il/la richiedente			
<input type="checkbox"/> in condizioni di handicap grave , accertata dalla Asl di in data..... <input type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso strutture specializzate <input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice con il beneficio dei permessi previsti dalla legge 104/92			

Il/La richiedente dichiara altresì:

- che per il congiunto sopra indicato nessun altro parente o affine entro il 3° grado usufruisce delle agevolazioni previste dalla L. 104/92;

Nucleo familiare dell'assistito			
Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione e Datore di lavoro



Si allega:

- certificato della competente A.U.S.L. che attesta la presenza di una minorazione rientrante nella definizione di handicap di cui ai commi 1 e 3 dell'art. 3 della Legge 104/92, con *CONNOTAZIONE DI GRAVITA'*.

Foggia,

Firma

Visto per conoscenza:
Il Responsabile della Struttura
