

**AL DIRETTORE GENERALE
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA**

Il / La sottoscritto/a in servizio presso

.....

dipendente con contratto di lavoro a:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> tempo pieno |
| <input type="checkbox"/> tempo determinato | <input type="checkbox"/> tempo parziale orizzontale |
| | <input type="checkbox"/> tempo parziale verticale |

CHIEDE

di poter fruire dei permessi retribuiti mensili – ai sensi dell'art. 33/3° comma della Legge 104/92 - per assistenza (indicare il nome del familiare da assistere)

.....

per i seguenti giorni del mese di

oppure

per i giorni dalle ore alle ore

Il / La sottoscritto/a si impegna a comunicare preventivamente, quando oggettivamente possibile, i giorni ovvero le ore di assenza al fine del buon andamento dell'ufficio.

Consapevole delle responsabilità, di natura anche penale, che potrebbero derivare in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione oppure di uso di atti falsi, nonché di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

- di fornire un'assistenza sistematica ed adeguata rispetto alle esigenze della persona disabile;
- di essere convivente con il/la disabile;
- di non essere convivente con il/la disabile, ma di assisterlo/la in via continuativa ed esclusiva;
- che il giudizio di gravità dell'handicap è definitivo;
- che il giudizio di gravità dell'handicap è rivedibile in data :
- che nessun altro soggetto beneficia dei permessi per assistere il familiare disabile
- che il suddetto disabile non è ricoverato a tempo pieno presso un istituto specializzato

(Ospedale, Clinica Privata, Casa di Cura);

I dati comunicati a mezzo del presente modulo saranno trattati secondo le modalità e nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati personali e tutela della privacy.

Informativa ai sensi dell'art.13 D.Lgs.196/2003

Il Servizio Organizzazione e Innovazione provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. 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.

Ai sensi dell'art.7 D.Lgs.196/2003, l'interessato ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi in tutto o in parte, al trattamento dei propri dati personali.

Il / La sottoscritto/a dichiara altresì di essere consapevole di quanto previsto dall'art.76 del D.P.R.445/2000, in materia di norme penali.

il/la Dipendente

Pavia, _____

VISTO:

Il Docente Responsabile

IL S.A.C.

I dati comunicati a mezzo del presente modulo saranno trattati secondo le modalità e nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati personali e tutela della privacy.