

Per la compilazione consultare il sito web al seguente indirizzo

<http://www.unifi.it/CMpro-v-p-7588.html>

Per la trasmissione inviare la richiesta all'indirizzo:

[richieste.dipendenti@adm.unifi.it](mailto:richieste.dipendenti@adm.unifi.it)

Al Dirigente  
Area Persone e Organizzazione  
Università degli Studi di Firenze  
e-mail: [richieste.dipendenti@adm.unifi.it](mailto:richieste.dipendenti@adm.unifi.it)

e p.c. Al Dirigente/Responsabile/RAD

---

---

---

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

recapito telefonico: \_\_\_\_\_ mail (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di usufruire del congedo ai sensi dell'[art. 42 del D. Lgs. 151/01](#) per il/i seguente/i periodo/i:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ rapporto di parentela<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

### A TAL FINE DICHIARA

- che il disabile, nell'[ordine di priorità](#) tra i familiari previsto dal D. Lgs. 119/11, è il beneficiario perché i predetti in ordine di successione sono:

- mancanti
- deceduti
- affetti da patologia invalidante, come da certificazione allegata, riferita al/la Sig./ra \_\_\_\_\_ quale<sup>2</sup> \_\_\_\_\_
- altro: \_\_\_\_\_

- che il disabile è inserito nello stato di famiglia del sottoscritto ed è con lo stesso convivente

e che:

- il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno
- il portatore di handicap è ricoverato a tempo pieno ma è richiesta l'assistenza da parte dei sanitari come da certificazione allegata

---

(1) Rispetto al richiedente

(2) Grado di parentela rispetto al disabile



Il/La sottoscritto/a si impegna a:

- coordinarsi con la Struttura per la programmazione dei permessi richiesti
- comunicare all'Unità di Processo Amministrazione Personale Tecnico-Amministrativo e Collaboratori ed Esperti Linguistici eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni precedentemente dichiarate.

ALLEGA:

- Verbale rilasciato dalla competente A.S.L. che attesti la presenza di una minorazione rientrante nella definizione di handicap di cui al comma 3 dell'art. 3 della Legge 104/92, con **SITUAZIONE DI GRAVITÀ**
  - Altra documentazione: \_\_\_\_\_
- 

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28/12/2000, n. 445).

Firenze, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, e del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. Tutte le informazioni relative ai trattamenti effettuati e per l'esercizio dei diritti degli interessati sulla protezione dei dati personali sono reperibili sul sito web dell'Ateneo all'indirizzo [www.unifi.it/vp-11360-protezione-dati.html](http://www.unifi.it/vp-11360-protezione-dati.html)

