

CONGEDO RETRIBUITO BIENNALE

(spettante ai FRATELLI/SORELLE di soggetti portatori di handicap grave, ai sensi del D. Lgs. n. 151/2001, art. 42, comma e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____, matr. _____ (tel. _____),
in servizio presso il Dipartimento _____
nel settore scientifico-disciplinare _____
con la qualifica di _____,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDE

di fruire del congedo retribuito biennale spettante ai FRATELLI E/O SORELLE di soggetti portatori di
handicap grave, ai sensi del D. Lgs. n. 151/2001, art. 42, comma 5, così come modificato dal D. Lgs. n.
119/2011;

dal _____ al _____; dal _____ al _____
dal _____ al _____; dal _____ al _____

per il/la fratello/sorella _____
nato/a il _____ a _____

C.F. _____
portatore di handicap grave accertato dalla Commissione ASL
di _____

RIVEDIBILE in data _____ ovvero, NON RIVEDIBILE;

DICHIARA:

- che il coniuge, i genitori o i figli del/della Sig./Sig.ra _____
portatore di handicap in situazione di gravità risultano:
 - aver compiuto sessantacinque anni di età;
 - essere affetti da patologie invalidanti (da allegare documentazione medica);
 - deceduti;
 - mancanti;
- che il/la fratello/sorella non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati, con le eccezioni
previste al punto 3 della circolare del 3.12.2010 n. 155 (vale a dire nell'ipotesi in cui l'assistenza è richiesta
dalla struttura sanitaria di ricovero, in tal caso, il richiedente è tenuto a presentare la documentazione della
struttura sanitaria che richiede l'assistenza);
- di essere convivente con il/la fratello/sorella in situazione di disabilità grave;
- di aver già usufruito di periodi di congedo biennale retribuito per la stessa persona in condizioni di
disabilità grave dal _____ al _____; dal _____ al _____; dal _____ al _____
_____; dal _____ al _____; dal _____ al _____;

- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);
- si impegna, nel caso in cui il/la fratello/sorella sia stato/a dichiarato/a "rivedibile" ed il certificato della Commissione medica sia prossimo a scadenza, a consegnare il nuovo certificato medico, a seguito di visita di controllo della Commissione medica, da cui risulta il permanere dello stato di gravità dell'handicap;

Bari, _____

(firma)

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro al trattamento dei propri dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, per finalità strettamente connesse alla trattazione della presente domanda, conformemente all'informativa privacy pubblicata all'indirizzo <http://www.uniba.it/informativaprivacy>, a cui si rinvia.

(firma)

NB Il presente modulo dovrà pervenire alla U.O. Gestione documentale di questa Amministrazione - Palazzo Ateneo- anche tramite posta certificata all'indirizzo universitabari@pec.it.

DICHIARAZIONE FRATELLO/SORELLA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'
(solo se maggiorenne - nel caso di interdizione la dichiarazione sarà resa dal tutore)

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
Codice Fiscale _____
Residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____,
consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA:

- di essere fratello o sorella convivente del/della richiedente _____;
- di non essere ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3.12.2010 n. 155 (vale a dire nell'ipotesi in cui l'assistenza è richiesta dalla struttura sanitaria di ricovero, in tal caso, il richiedente è tenuto a presentare la documentazione della struttura sanitaria che richiede l'assistenza);
- di essere assistito/a con sistematicità ed adeguatezza dal/dalla richiedente;

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, Legge n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella Legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992;
- fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del dichiarante.

Luogo e data _____

(firma)

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro al trattamento dei propri dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, per finalità strettamente connesse alla trattazione della presente domanda, conformemente all'informativa privacy pubblicata all'indirizzo <http://www.uniba.it/informativaprivacy>, a cui si rinvia.

(firma)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO

Direzione Risorse Umane – Sezione Personale Docente

U.O. Carriera Personale Docente Tel 080 5714309-4320-4278
U.O. Ricercatori e Assegnisti Tel. 080 5714319 -4028 -4280
fax 080571-4560 universitabari@pec.it