Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

CONGEDO RETRIBUITO BIENNALE

(spettante ai GENITORI di soggetti portatori di handicap grave, ai sensi del D.Lgs. n. 151/2001, art. 42, c. 5 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____, matr. _____
(tel. _____), presso il Dipartimento di _____
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 GENITORI 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 _____; dal _____ al _____ dal _____ al _____;

per il figlio/a _____
nato/a _____ a _____ Codice Fiscale _____

☐ proprio figlio naturale
☐ minore adottato o affidato in data _____ con provvedimento n. _____
rilasciato dal Tribunale di _____
portatore di handicap grave accertato dalla Commissione ASL di _____
RIVEDIBILE in data _____ ovvero, NON RIVEDIBILE;

A tal fine, dichiara :

☐ che il/la proprio/a figlio/a 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/non essere convivente con il/la proprio/a figlio/a 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 _____ dal _____ al _____

☐ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua 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 proprio/a figlio/a 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;

Luogo e data _____

Firma _____*

***Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. (art. 38 DPR 445/00).**

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.

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

DICHIARAZIONE FIGLIO/A 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 _____
C.F. _____ residente a _____
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 figlio/a 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);

☐ (*solo per il figlio/a maggiorenne convivente con entrambi i genitori)* che il padre/la madre _____ svolge la seguente attività lavorativa _____ ovvero, è impossibilitato/a a prestare assistenza per la seguente motivazione documentata _____;

☐ che per il medesimo periodo di congedo biennale retribuito a cui fa riferimento l'istanza il padre/la madre non fruirà contemporaneamente dello stesso congedo;

☐ di non convivere con il/la richiedente ma di essere assistito in via continuativa ed esclusiva dallo/a stesso/a;

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