

### CONGEDO RETRIBUITO BIENNALE

(spettante ai PARENTI/AFFINI fino al 3° grado di soggetti portatori di handicap grave, ai sensi del D.Lgs. n. 151/2001, art 42, comma 5 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 parenti o affini entro il 3° grado 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 parente o affine del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

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 o i genitori, i figli o i fratelli/sorelle 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 parente o affine entro il 3° grado non è 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 convivente con il parente o affine 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 \_\_\_\_\_ 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 parente o affine 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).**

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](mailto:universitabari@pec.it).**

**DICHIARAZIONE PARENTE O AFFINE FINO AL 3° GRADO DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'** (solo se maggiorenne - nel caso di interdizione la dichiarazione sarà resa dal tutore)

Il/la 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 convivente con il parente o affine entro il 3° grado che presta assistenza;

di essere parente o affine fino al 3° grado convivente del/della richiedente Sig./Sig.ra

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;

Luogo e Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

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.

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