

CONGEDO RETRIBUITO BIENNALE

(spettante al CONIUGE 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 al coniuge 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 coniuge Sig./Sig.ra _____
nato il _____ a _____
Codice Fiscale _____
portatore di handicap grave accertato dalla Commissione ASL di _____
RIVEDIBILE in data _____ ovvero, NON RIVEDIBILE;

A tal fine

DICHIARA:

- di essere convivente con il coniuge 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 _____;
- che il coniuge in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, 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);
- 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 coniuge sia stato dichiarato "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;

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

* **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.

DICHIARAZIONE DEL CONIUGE
(nel caso di interdizione la dichiarazione sarà resa dal tutore)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via _____
n. _____ CAP _____
Codice fiscale _____ -

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 coniuge convivente del/della richiedente;
- di non essere ricoverato/a a tempo pieno, 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 coniuge richiedente;

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)