



UNIVERSITÀ DI PISA

### All'Ufficio del Personale

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

- Cat. \_\_\_\_\_ pos. economica \_\_\_\_\_ area \_\_\_\_\_  
del Personale tecnico-amministrativo;  
 Collaboratore ed Esperto Linguistico;

con contratto a tempo:

- indeterminato  
 determinato

Tipo di part time:

- misto \_\_\_\_\_ %  
 verticale \_\_\_\_\_ %  
 orizzontale \_\_\_\_\_ %

in servizio presso \_\_\_\_\_

### in relazione alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza a portatori di handicap in situazione di gravità, chiede

- di fruire dei permessi per l'assistenza del familiare \_\_\_\_\_ ,  
grado di parentela<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ , nato/a a  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ , codice fiscale  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) , via  
\_\_\_\_\_ ;

- Rivedibile nel mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_  
 Non Rivedibile

A tal fine dichiara che:

- che il suddetto familiare **non è ricoverato a tempo pieno**;  
 che il suddetto familiare è ricoverato a tempo pieno con le seguenti deroghe:  
    ○ deve effettuare visite e terapie al di fuori della struttura, che non sono garantite dalla stessa, come documento da idonea certificazione;  
    ○ necessita di assistenza da parte di un familiare, come da richiesta dei sanitari della struttura;  
    ○ si trova in uno stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine;  
 che, essendo il suddetto familiare residente in un comune situato ad una distanza superiore a 150 Km da quella del sottoscritto/a, ogni volta provvederà a presentare titolo del viaggio o altra documentazione **idonea** a provare il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito

<sup>1</sup> Rispetto al richiedente

- di essere consapevole che, producendo un verbale provvisorio dell'ASL o una certificazione dello specialista dopo 45 gg dalla richiesta all'INPS, nel caso del non riconoscimento dell'handicap **in situazione di gravità** da parte della Commissione Medica di Verifica, l'Amministrazione provvederà al recupero di quanto già usufruito a titolo di permessi la legge 104/92.
- che per il suddetto familiare i permessi sono riconosciuti anche ai seguenti altri soggetti (fermo restando il limite massimo mensile di 3 giorni): \_\_\_\_\_ a lavora presso \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. ( );
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita del beneficio.

*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 e successive modifiche ed integrazioni);*

*- 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 e successive modifiche ed integrazioni).*

Pisa, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Visto, il Responsabile \_\_\_\_\_

---

*"Ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 i dati personali, compresi quelli che necessitano un trattamento particolare, obbligatoriamente conferiti, saranno trattati dall'Università di Pisa con procedure prevalentemente informatizzate, esclusivamente per le finalità e con le modalità descritte nell'informativa pubblicata al seguente link: <https://start.unipi.it/wp-content/uploads/2023/09/informativa-personale.pdf>"*

Pisa, li \_\_\_\_\_

Per presa visione, il/la dichiarante \_\_\_\_\_