



# UNIVERSITÀ DI PARMA

AREA PERSONALE E ORGANIZZAZIONE  
U.O. AMMINISTRAZIONE PERSONALE  
DOCENTE

MOD. PD10-bis

## RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA FRUIZIONE DI PERMESSI MENSILI – DOCENTI CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ (ART. 33 LEGGE N. 104/1992)

Magnifico Rettore  
Università di Parma  
SEDE

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a (comune, provincia, stato) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in servizio presso l'Università di Parma, afferente al Dipartimento di \_\_\_\_\_  
con la qualifica di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter usufruire dei permessi mensili retribuiti previsti dall'art. 33 della Legge 5.2.1992, n. 104: *"Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. (DISABILI)"*, in quanto affetto/a da handicap in situazione di gravità, di cui all'art. 3, commi 3 della predetta Legge, a decorrere dal \_\_\_\_\_, così come accertato, ai sensi dell'art. 4, comma 1, della predetta Legge, da parte della competente Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap della ASL di \_\_\_\_\_ con Verbale del \_\_\_\_\_;

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente al Magnifico Rettore dell'Università di Parma:

- i periodi di permesso/congedo di cui intende fruire e le eventuali variazioni degli stessi;
- la revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della Commissione ASL o la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità;
- ogni altra eventuale variazione che dovesse successivamente intervenire.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente istanza la seguente documentazione:

- Certificazione rilasciata dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, Legge n. 104/1992), attestante lo stato di handicap in situazione di gravità:  in originale o  in copia dichiarata autentica;
- altro (indicare) \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara, infine, di essere consapevole:

- che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del Codice Penale;
- che l'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;
- che qualora emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rilasciate, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016). L'informativa completa è consultabile all'indirizzo [www.unipr.it](http://www.unipr.it) alla voce Privacy.

Luogo e data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_