*Al direttore generale*

*Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Al responsabile del servizio concorsi e carriere*

*del personale tecnico amministrativo e previdenza*

*Sig. Domenico Tenderini*

**Domanda di permessi per il lavoratore disabile in situazione di gravità**  
(art. 33 comma 6 legge 104/1992)

**Richiedente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| nome | | | | | | | | | | | | | | | | cognome |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | nato/a il (gg/mm/aaaa) |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| a | | | | | | | | | | | | | | | | prov. |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| residente in | | | | | | | | | | | | | | | | prov. |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| indirizzo | | | | | | | | | | | | | | | | c.a.p. |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| cellulare[[1]](#footnote-1)• | | | | | | | | | | | | | | | | telefono[[2]](#footnote-2)• |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| e-mail[[3]](#footnote-3)• | | | | | | | | | | | | | | | |  |

**chiede**

di usufruire delle ore di permesso giornaliere/dei giorni di permesso mensile (art. 33 comma 6 legge 104/1992)

**dichiara**

di essere in servizio presso l’Università IUAV di Venezia

|  |  |
| --- | --- |
| Area |  |
| Servizio |  |
| Categoria |  |

di svolgere attività lavorativa a tempo pieno

di svolgere l’attività lavorativa a part - time

orizzontale

verticale: n. giorni lavorativi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4 comma 1 legge 104/1992) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

documentazione allegata:

* Certificato rilasciato dalla competente Commissione attestante lo stato di handicap in situazione di gravità
* Copia di un documento di riconoscimento

Mi impegno a comunicare all’amministrazione qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall’avvenuto cambiamento.   
Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti. Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| data |  | firma |  |

Informativa sul trattamento dei dati personali   
(All. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante “Codice in materia di protezione dei dati personali”)   
L’Aruo- servizio gestione del personale tecnico amministrativo, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali.   
Il trattamento dei dati avverrà, anche con l’utilizzo di strumenti elettronici, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. • Dati facoltativi [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)