



Originale da compilare e spedire o consegnare alla Direzione Risorse umane e affari generali (DARU) almeno 5 giorni prima dell'inizio del congedo

Domanda di congedo straordinario per assistere il fratello o la sorella disabile in situazione di gravità (Art. 42 comma 5 D.lgs. n.151/2001)

A Università degli Studi di Udine
Direzione Risorse umane e affari generali (DARU)

Il/La sottoscritto/a, _____ nato/a a _____ (____), il _____ residente a _____ in Via _____, n.____, consapevole di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 sulla decadenza dai benefici in caso di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art. 76 sulla responsabilità penale, cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace

CHIEDE

di usufruire del congedo straordinario per assistere il/la fratello/sorella disabile in situazione di gravità e della relativa indennità, nei seguenti periodi:

dal..... al.....

dal..... al.....

dal..... al.....

dal..... al.....

DICHIARA

- che il/la fratello/sorella disabile in condizione di gravità è convivente;
- che il/la fratello/sorella disabile in condizione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
- che il fratello/sorella disabile in condizione di gravità è ricoverato a tempo pieno ma con richiesta dei sanitari di presenza di persona per prestare assistenza (art. 42 comma 5 bis D.lgs. n.151/2001) (allego documentazione);
- che il/la fratello/sorella non è coniugato/a;
- che il/la fratello/sorella è separato/a legalmente o divorziato/a;
- che il coniuge del/della fratello/sorella è deceduto;
- che il coniuge del/della fratello/sorella è affetto/a da patologia invalidante;
- che il coniuge del/della fratello/sorella non è convivente;
- che il padre del/della fratello/sorella disabile in situazione di gravità:
 - è deceduto manca è affetto da patologia invalidante
- che la madre del/della fratello/sorella disabile in situazione di gravità:
 - è deceduta manca è affetta da patologia invalidante



- che i figli del/della fratello/sorella:
 - non sono conviventi mancano sono deceduti sono affetti da patologia invalidante
- di essere a conoscenza che altri familiari aventi titolo hanno già fruito di n..... giorni di congedo straordinario per assistere il/la fratello/sorella disabile in condizione di gravità;
- di essere a conoscenza della rinuncia degli/delle altri/e fratelli/sorelle conviventi a fruire del congedo straordinario negli stessi periodi richiesti dal/dalla sottoscritto/a;
- di aver usufruito dei seguenti periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso assistito:
dal.....al.....giorni n..... dal.....al.....giorni n.....
- di aver usufruito di congedo straordinario non retribuito per lo stesso assistito (art. 4 L. n. 53/2000):
dal.....al.....giorni n..... dal.....al.....giorni n.....
- di essere a conoscenza che i dati personali vengono trattati, ai sensi del Reg. UE 2016/679, ai fini della gestione del rapporto di lavoro e che il Titolare del trattamento è l'Università degli Studi di Udine;
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere: l'accesso ai propri dati personali (art. 15 GDPR), la rettifica dei dati inesatti o l'integrazione di quelli incompleti (art. 16 GDPR), la cancellazione dei dati personali che riguardano se stesso/a (art. 17 GDPR), e la limitazione del trattamento dei dati personali (art. 18 GDPR); e che l'informativa "Art. 13 GDPR – Personale Tecnico Amministrativo" è disponibile al seguente indirizzo: <https://www.uniud.it/it/pagine-speciali/guida/TA-privacy/GDPR%20TA>.

Data.....

Firma.....

Dati e dichiarazione del/della fratello/sorella disabile

Cognome e nome..... codice fiscale
..... nato/a a (.....) il..... residente
a..... (.....) via.....
n. Cap.....

Il/la fratello/sorella disabile (solo se maggiorenne)

DICHIARA

- di essere fratello/sorella convivente del richiedente dal quale intende essere assistito
- di essere in stato di handicap in condizione di gravità accertata dalla commissione medica (art.4 comma 1 L. n. 104/1992) di..... il.....
- di non essere ricoverato/a a tempo pieno
- di essere ricoverato/a a tempo pieno, ma con richiesta dei sanitari di presenza di persona per prestare assistenza (art.42 comma 5 bis D.lgs. n. 151/2001)
- di non prestare attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente
- di prestare attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

Data.....

Firma.....



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI UDINE**

HIC SUNT FUTURA

Dichiarazione del familiare del disabile in situazione di gravità che non sa firmare ovvero si trova in una situazione d'impedimento per ragioni di salute

Io sottoscritto/anato/a a
Il..... Cod. Fisc..... ho reso la sopra riportata
dichiarazione in qualità di (precisare grado parentela) del disabile
....., che non sa firmare ovvero si trova in una situazione
d'impedimento per ragioni di salute.

Data.....

Firma del familiare.....

Firma del responsabile della struttura per presa visione della richiesta

Data.....

Firma.....