



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI UDINE**

HIC SUNT FUTURA

**Istanza di permessi  
Ai sensi della Legge n. 104/1992**

**Al Magnifico Rettore  
dell'Università degli studi di Udine - SEDE**

**e p.c. Al Direttore del Dipartimento di \_\_\_\_\_  
e p.c. Al Direttore dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (per i docenti afferenti al DMED)**

**DATI DEL RICHIEDENTE:**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ PEC (eventuale) \_\_\_\_\_

In servizio presso l'Università degli Studi di Udine, afferente al Dipartimento di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con la presente

**CHIEDE**

di poter usufruire dei permessi mensili, nella misura di tre giorni al mese, ai sensi dell'art. 33 della Legge n. 104/1992, della Legge n. 53/2000 e della Legge n. 183/2010, per assistere (Cognome e nome) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_, soggetto riconosciuto in situazione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992, come da documentazione allegata alla presente istanza.

A tal fine, il/la Richiedente, 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



**DICHIARA**

di essere l'unico referente del familiare su indicato

oppure

che gli altri familiari che utilizzano i permessi oggetto della presente richiesta per la persona da assistere sopra indicate sono i seguenti:

Parentela rispetto alla persona assistita	Cognome e nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Datore di lavoro	Indirizzo datore di lavoro

**che la persona da assistere:**

- è ricoverata ed assistita a tempo pieno presso una struttura ospedaliera/protetta o similari:
  - Sì, con le seguenti deroghe/necessità di assistenza \_\_\_\_\_ (in riferimento a tali deroghe/necessità il/la Richiedente fornirà relativa certificazione medica)
  - No
- è convivente con il/la Richiedente:
  - Sì
  - No
- è dipendente pubblico:
  - Sì
  - Nopresso \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

Il Richiedente allega alla presente:

1. Certificato rilasciato dall'ASL competente attestante lo stato di gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992;
  2. Copia del documento d'identità del Richiedente;
  3. Altra documentazione inerente la presente istanza, di seguito indicata:
-



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI UDINE**

HIC SUNT FUTURA

**Il Richiedente all'inizio di ogni mese indicherà le giornate nelle quali ogni referente intende fruire dei suindicati permessi, salvo variazioni di date che comunicherà tempestivamente all'ufficio personale accademico ([docenti.assenze@uniud.it](mailto:docenti.assenze@uniud.it)).**

**Il/la sottoscritto/a s'impegna a comunicare tempestivamente all'ufficio personale accademico ([docenti.assenze@uniud.it](mailto:docenti.assenze@uniud.it)) eventuali variazioni di dati o delle circostanze sopra indicate.**

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DATI PERSONALI ai sensi del Regolamento UE 2016/679 Si prende atto dell'informativa per il trattamento dei dati personali del personale docente e ricercatore dell'Università degli Studi di Udine pubblicata sul sito di Ateneo al seguente link: [https://www.uniud.it/it/pagine-speciali/materiale-gdpr/informative/informativa\\_art13-gdpr\\_docenti-1.pdf](https://www.uniud.it/it/pagine-speciali/materiale-gdpr/informative/informativa_art13-gdpr_docenti-1.pdf) di cui il/la Richiedente ha preso visione.

Luogo e data

Il/la Richiedente

---

---