

**Al Direttore Generale
Dell'Università degli Studi
di Cassino e del Lazio Meridionale**

Oggetto: *Applicazione benefici art. 33 comma 3 legge 104/92 e art. 42 T.U. sulla maternità e paternità – decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003, alla legge 04/11/2010 n. 183 (collegato lavoro) e decreto legislativo n. 119 del 18 luglio 2011).*

Il/La sottoscritt _____, dipendente di categoria ____ – posizione economica ____ - area _____, dipendente di questa Università con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, in servizio presso _____, intende con la presente rinnovare la richiesta di poter usufruire dei benefici di cui all'oggetto, nel termine di un anno, a decorrere dal _____ fino al _____.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per le dichiarazioni mendaci e false, rese ai sensi dall'art. 76 del DPR 445/2000, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione dichiara:

- che _____, (specificare rapporto di parentela) _____ è in vita e si trova in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92;
- che non è ricoverato a tempo pieno in istituti specializzati;
- che da parte della ASL di appartenenza del familiare non si è proceduto a rettifica o non è stato revocato o modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap;
- che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per la stessa persona in situazione di disabilità;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 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.
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale fatto che possa interessare la fruizione del beneficio (cessazione/ rinnovo).

Il/La sottoscritt _____ chiede di poter far valere ai fini della presente istanza tutta la documentazione già presentata.

Si allega:

- Dichiarazione resa dal disabile con la quale indica il sottoscritto quale persona deputata ad assisterlo;

Cassino,

Distinti Saluti

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritt _____,
nat_ a _____ (provincia di _____) il __/__/__, DICHIARO di volermi giovare
dell'assistenza di _____, (indicare rapporto di parentela)
_____, dipendente dell'Università degli Studi di Cassino, in servizio presso

_____ .
Data

Firma
