

**RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON
HANDICAP GRAVE ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D. Lgs 26 marzo 2001, n. 151 e successive modifiche
e integrazioni**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ in servizio
presso _____ residente a
_____ in via _____,
n. _____,

con rapporto di lavoro a tempo pieno;

con rapporto di lavoro a tempo parziale al _____%, con articolazione orizzontale verticale mista
(In caso di part-time verticale o misto, specificare i giorni lavorativi previsti dal contratto);

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;

con rapporto di lavoro a tempo determinato dal _____ al _____;

chiede

di poter usufruire del congedo retribuito ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 e successive
modificazioni ed integrazioni, nei seguenti periodi:

dal _____ al _____; dal _____ al _____;

dal _____ al _____; dal _____ al _____;

dal _____ al _____; dal _____ al _____;

per assistere il/la proprio/a coniuge o convivente l.36/76 o parte unione civile figlio genitore

fratello/sorella altro parente/affine fino al terzo grado (indicare rapporto di parentela)

_____*

Sig./ra _____ residente a

_____ in via _____

n. _____.

A tal fine, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

dichiara

di avere la stessa residenza anagrafica e coabitazione come da circolare 01/2012 FP con l'assistito;

ovvero, con riferimento ai periodi richiesti, di avere dimora temporanea presso la residenza dell'assistito/a in quanto
iscritto/a nello schedario della popolazione temporanea ai sensi dell' art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223 del
Comune di _____;

che il proprio parente ha assunto, per i periodi richiesti, la dimora temporanea presso la residenza del/la
sottoscritto/a in quanto è iscritto nello schedario della popolazione temporanea del Comune di _____ ai
sensi dell' art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223;

1. che il parente da assistere è stato riconosciuto in condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della
legge n. 104/1992 con verbale del _____ dell'INPS di _____;

2. che sono state già riconosciute al/alla sottoscritto/a le agevolazioni di cui all' art. 33, comma 3, della stessa legge,
con nota n. _____ del _____;

3. che nei su indicati periodi di assenza nessun altro familiare dell'assistito/a fruisce del medesimo congedo retribuito;

4. che la situazione familiare del proprio parente disabile è la seguente (da compilare nel caso si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge)

non è coniugato; unito civilmente ovvero convivente l.76/16, ovvero che il coniuge (o parte unione civile o convivente l.76) dell'assistito/a,
Sig./ra _____ è mancante perché
_____ è affetto da patologie invalidanti (**allegare**
certificazione*);

che i genitori dell'assistito/a:
Sig. _____ è mancante perché
_____ è affetto da patologie invalidanti
(allegare certificazione*);

Sig./ra _____ è mancante perché
_____ è affetto da patologie invalidanti (**allegare**
certificazione*);

5. che il parente da assistere: (da compilare nel caso si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge)

non ha altri parenti prossimi conviventi

ha i seguenti parenti prossimi conviventi:

- Sig./ra _____ (grado di parentela) _____ è affetto/a da
patologie invalidanti (**allegare certificazione***)

non è lavoratore/riche dipendente è lavoratore/riche dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda
_____ con sede a
_____ in via _____
n. _____;

- Sig./ra _____ è affetto/a da patologie invalidanti
(allegare certificazione*) non è lavoratore/riche dipendente è lavoratore/riche dipendente presso la seguente
amm.ne/ente/azienda

_____ con sede a
_____ in via _____
n. _____;

6. che il/la sottoscritto/a, presso questa amministrazione ovvero presso altri datori di lavoro pubblici e/o privati
per il familiare in parola:

ha già fruito di n. _____ giorni di congedo retribuito

ha già fruito per n. _____ giorni del congedo non retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4,
comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53)

per altri familiari (indicare relazione di parentela e cognome e nome)

ha già fruito di n. _____ giorni di congedo retribuito;

ha già fruito di n. _____ giorni di congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma
2, legge 8 marzo 2000, n. 53);

7. che i seguenti familiari: Sig. _____ (specificare nome, cognome e grado di parentela
con l'assistito) hanno:

già fruito di n. _____ giorni di congedo retribuito

già fruito per n. _____ giorni del congedo non retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53).

8. che il soggetto disabile:

non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria;

è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria, ma i sanitari hanno richiesto la presenza del/la sottoscritto/a (**allegare certificazione**);

9. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione della situazione di fatto e di diritto dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni mendaci, potrà subire un procedimento penale e decadere da eventuali benefici ottenuti;

10. di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega documentazione: carta di identità del dichiarante e verbale commissione medica.

_____, li _____

(Firma per esteso e leggibile del dichiarante)

Il Dirigente, vista la documentazione presentata e svolto tutte le verifiche di rito, AUTORIZZA

Visto del Dirigente
