

**RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO INDENNIZZATO PER L'ASSISTENZA A FAMILIARI
DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITA' (art. 42 comma 5 D.Lgs. n. 151/2001)**

Prot. n. _____ del _____

**Al Responsabile Area 1
Servizio Personale**

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ in _____

dipendente ☐ a tempo indeterminato

a tempo pieno ☐ a tempo parziale orizzontale ☐ (n. _____ ore lavorative settimanali)

a tempo parziale verticale ☐ (n. _____ ore lavorative settimanali su n. _____ giorni)

in servizio presso l'Area _____ Ufficio _____

CHIEDE

di poter fruire del congedo straordinario indennizzato previsto dall'art. 42 comma 5 e ss. del D.Lgs. n. 151/2001 per i seguenti periodi:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

per assistere il seguente familiare:

☐ **CONIUGE CONVIVENTE / PARTE DELL'UNIONE CIVILE CONVIVENTE / CONVIVENTE DI FATTO L. 76/2016**

_____ nato/a a _____ il _____
(nome e cognome)

☐ **FIGLIO/A** (anche se non convivente)

_____ nato/a a _____ il _____
(nome e cognome)

☐ **GENITORE CONVIVENTE**

_____ nato/a a _____ il _____
(nome e cognome)

☐ **FRATELLO O SORELLA CONVIVENTE**

_____ nato/a a _____ il _____
(nome e cognome)

☐ **PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO CONVIVENTE**

_____ nato/a a _____ il _____
(nome e cognome, tipo di parentela/affinità)

A tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000),

nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti in base al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 del richiamato D.P.R.)

DICHIARA

☐ che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave (art. 3 comma 3 L. 104/92), accertata ai sensi dell'art. 4 della Legge 104/1992 e dell'art. 20 della L. n. 102/2009, giudicata:

☐ RIVEDIBILE con scadenza in data _____

☐ NON RIVEDIBILE

☐ come da documentazione agli atti d'ufficio

☐ come da documentazione allegata

☐ di essere convivente con il soggetto disabile da assistere residente/domiciliato in _____ via _____ n° civ. _____ CAP _____

(il requisito non è richiesto qualora l'istanza sia prodotta dal genitore del disabile);

oppure

☐ di aver stabilito la dimora temporanea presso la residenza del soggetto disabile ai sensi dell'art. 32 DPR 223/1989;

oppure

☐ di non essere attualmente convivente, ma di instaurare la convivenza entro la data di decorrenza del congedo e di mantenerla per tutto il periodo di fruizione;

☐ che il soggetto disabile in condizione di gravità non è ricoverato a tempo pieno;

oppure

☐ che il soggetto disabile in condizione di gravità è ricoverato a tempo pieno, ma necessita della presenza del familiare che presta assistenza, come da documentazione allegata

☐ che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario indennizzato;

☐ che nessun altro familiare fruisce dei permessi di cui all'art. 33 comma 3 della Legge n. 104/1992, per assistere il medesimo soggetto / oppure che altro familiare fruisce dei permessi di cui all'art. 33 comma 3 della Legge n. 104/1992, per assistere il medesimo soggetto: _____;

☐ in caso di istanza prodotta dal genitore del disabile, che negli stessi giorni l'altro genitore non fruisce dei benefici di cui all'art. 33, commi 2 e 3 della legge n. 104/1992 e 33, comma 1, del D.Lgs. n. 151/2001 (permessi orari e giornalieri e prolungamento del congedo parentale);

☐ che non vi sono altri familiari del disabile legittimati a fruire, in via prioritaria, del congedo in questione, nell'ordine indicato dalla legge (indicare nome, cognome, data e luogo di nascita):

➤ coniuge convivente/ parte dell'unione civile convivente/convivente di fatto _____

per ☐ mancanza ☐ decesso ☐ patologie invalidanti

➤ genitori _____

per ☐ mancanza ☐ decesso ☐ patologie invalidanti

➤ figli conviventi _____

per ☐ mancanza ☐ decesso ☐ patologie invalidanti

➤ fratelli o sorelle conviventi _____

per ☐ mancanza ☐ decesso ☐ patologie invalidanti

come da documentazione allegata.

☐ che il soggetto disabile non è impegnato in attività lavorativa

oppure

☐ è impegnato in attività lavorativa

☐ di aver già fruito, nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario indennizzato per un numero di giorni pari a _____ /

oppure

☐ di non aver fruito, nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario indennizzato;

☐ di aver già fruito, nell'arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario non retribuito "per gravi e documentati motivi familiari" (art 4, comma 2, L. 53/2000), per un numero di giorni pari a _____

oppure

☐ di non aver fruito, nell'arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario non retribuito "per gravi e documentati motivi familiari" (art 4, comma 2, L. 53/2000);

☐ che non sono stati usufruiti, da altri familiari aventi diritto, giorni di congedo straordinario con o senza indennizzo per lo stesso familiare disabile

oppure

☐ che sono stati usufruiti, da altri familiari aventi diritto (indicare nome, cognome, data e luogo di nascita, tipologia di parentela con il disabile, datore di lavoro)

_____ n. giorni
_____ di congedo straordinario con o senza indennizzo per lo stesso familiare disabile.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto che possa comportare la perdita del beneficio.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì che i permessi fruiti saranno utilizzati esclusivamente per l'assistenza del disabile ed è consapevole che gli oneri conseguenti sono a carico dell'amministrazione.

ALLEGA:

☐ Verbale di riconoscimento lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92;

☐ ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. documentazione sanitaria attestante la patologia invalidante di altro familiare avente diritto, documentazione comprovante la necessità di assistenza durante il ricovero, altra documentazione da prodursi anche in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR n. 445/2000, ecc.).

Firma del richiedente

Per presa visione:

Il responsabile della struttura di assegnazione

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

In applicazione dell'art. 48 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 si informa che, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), i dati da lei forniti saranno utilizzati per lo svolgimento dell'istruttoria relativa al procedimento cui i dati si riferiscono. I dati da Lei forniti saranno trattati dal personale in servizio presso l'Ufficio Risorse Umane anche con l'ausilio di mezzi elettronici e potranno essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso. A tal proposito, si ricorda che le dichiarazioni sostitutive rese nella presente istanza sono oggetto di controllo da parte dell'Amministrazione procedente ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445. Soggetto designato per il trattamento dei dati è il Responsabile d'area del Servizio Personale. I suoi dati saranno trattati per il tempo stabilito dalla normativa nazionale, e Lei ha il diritto di accedere ai suoi dati personali e di ottenere la rettifica degli stessi nonché di rivolgersi all'autorità Garante per proporre reclamo