

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

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 _____;

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 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 essere convivente con il parente da assistere ovvero di avere insieme residenza e coabitazione (come da circolare 01/2012 FP);

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 _____;

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

3. 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;
- è unito civilmente ovvero convivente l.76/16
- 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 affetta da patologie invalidanti (*allegare certificazione**);

4. 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/lavoratrice dipendente

è lavoratore/lavoratrice 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/lavoratrice dipendente

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

5. 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);

6. 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**);

8. 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;

9. 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 la seguente documentazione:

verbale 104, documenti di identità del richiedente e dell'assistito

_____, li _____

(Firma per esteso e leggibile del dichiarante)

Visto del Dirigente
