

**RICHIEDA 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;

- 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 \_\_\_\_\_ ;
- 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 fruiscce 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Firma per esteso e leggibile del dichiarante)*

Visto del Dirigente

\_\_\_\_\_