RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON HANDICAP GRAVE AI SENSI DELL'ART. 42 COMMA 5 DEL D.LGS N. 151/2001 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI.

Il/la sottoscritto_____nato il _____

a_____ residente a _____in via

_____in servizio presso _____

in qualità di_____

con rapporto di lavoro di lavoro ☐ A TEMPO PIENO ☐ A TEMPO PARZIALE

CHIEDE

di poter fruire del congedo retribuito previsto dall'art. 42 comma 5 del d.lgs. 26/3/2001 n. 151 per il periodo dal _____ al _____ per assistere il familiare sig. _____IN STATO DI HANDICAP CON CONNOTAZIONE DI GRAVITA' (art. 3 comma 3 L.104/1992)

a tal fine consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell' art. 76 D.P.R. 445/2000

DICHIARA

(dichiarazione sostitutiva di certificazione prevista dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

A) che i dati anagrafici del familiare da assistere in stato di disabilità grave sono:

cognome_____ nome_____ nato/a il _____
a _____ residente a _____

in via _____

B) La relazione di parentela del richiedente il congedo con la persona da assistere è la seguente:

- ☐ **1) CONIUGE CONVIVENTE/PARTE DELL'UNIONE CIVILE CONVIVENTE**

☐ **2) PADRE/MADRE, anche adottivi o affidatari,**

N.B. il congedo in questo caso spetta solo se il **CONIUGE /parte dell'unione civile convivente** (barrare il caso che interessa) è:

- MANCANTE (cioè non coniugato oppure separato/divorziato, altro)_____
- DECEDUTO il _____
- AFFETTO DA PATOLOGIE INVALIDANTI *****

(***a**llegare in busta chiusa la documentazione sanitaria attestante la sussistenza della patologia invalidante tra quelle indicate ai nn. 1,2,3 lettera d art. 2 c. 1 D.I. 278/2000).

☐ **3) FIGLIO CONVIVENTE**

N.B. Il congedo in questo caso spetta solo se:
il CONIUGE /parte dell'unione civile convivente è (barrare il caso che interessa)

- MANCANTE
- DECEDUTO IL
- AFFETTO DA PATOLOGIE INVALIDANTI * (vedi nota sopra)

IL PADRE/MADRE sono: (barrare il caso che interessa)

- MANCANTI
- DECEDUTI
- AFFETTI DA PATOLOGIE INVALIDANTI *****

☐ **4) FRATELLI O SORELLE CONVIVENTI**

N.B. Il congedo in questo caso spetta solo se:
il CONIUGE /parte dell'unione civile convivente è (barrare il caso che interessa)

- MANCANTE
- DECEDUTO IL
- AFFETTO DA PATOLOGIE INVALIDANTI * (vedi nota sopra)

IL PADRE/MADRE sono: (barrare il caso che interessa)

- MANCANTI
- DECEDUTI
- AFFETTI DA PATOLOGIE INVALIDANTI *****

FIGLIO CONVIVENTE è (barrare il caso che interessa):

- MANCANTE
- DECEDUTO IL
- AFFETTO DA PATOLOGIE INVALIDANTI * (vedi nota sopra)

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

(indicare se nuora, genero, nipote ecc.) _____

In tal caso il congedo spetta sole se:
il CONIUGE /parte dell'unione civile convivente è (barrare il caso che interessa)

- MANCANTE
- DECEDUTO IL
- AFFETTO DA PATOLOGIE INVALIDANTI * (vedi nota sopra)

IL PADRE/MADRE sono: (barrare il caso che interessa)

- MANCANTI
- DECEDUTI
- AFFETTI DA PATOLOGIE INVALIDANTI ***** (vedi nota sopra)

FIGLIO CONVIVENTE è: (barrare il caso che interessa)

- MANCANTE
- DECEDUTO IL
- AFFETTO DA PATOLOGIE INVALIDANTI * (vedi nota sopra)

FRATELLI O SORELLE CONVIVENTI sono (barrare il caso che interessa)

- MANCANTI
- DECEDUTI
- AFFETTI DA PATOLOGIE INVALIDANTI *****

☐ **6) FIGLIO NON ANCORA CONVIVENTE ma che instauri successivamente la convivenza (da dichiarare con autocertificazione successiva)** In questo caso il congedo spetta solo se:
il CONIUGE /parte dell'unione civile convivente è (barrare il caso che interessa)

- MANCANTE
- DECEDUTO IL
- AFFETTO DA PATOLOGIE INVALIDANTI * (vedi nota sopra)

IL PADRE/MADRE sono: (barrare il caso che interessa)

- MANCANTI
- DECEDUTI
- AFFETTI DA PATOLOGIE INVALIDANTI ***** (vedi nota sopra)

FIGLIO CONVIVENTE è: (barrare il caso che interessa)

- MANCANTE
- DECEDUTO IL
- AFFETTO DA PATOLOGIE INVALIDANTI * (vedi nota sopra)

FRATELLI O SORELLE CONVIIVENTI sono (barrare il caso che interessa)

- MANCANTI
- DECEDUTI
- AFFETTI DA PATOLOGIE INVALIDANTI *****

PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO CONVIVENTE (barrare il caso che interessa

- MANCANTE
- DECEDUTO
- AFFETTO DA PATOLOGIE INVALIDANTI *****

Dichiara inoltre che

☐ **C)** che il familiare da assistere è stato riconosciuto dall'apposita Commissione in condizione di handicap grave ai sensi art. 3 comma 3 della legge 104/1992 (**allegare il relativo verbale**);

☐ **D)** che tra il soggetto da assistere e il / la sottoscritt ___ sussiste il requisito della **CONVIVENZA** intesa quale **stessa residenza anagrafica** nel medesimo **Comune,** al medesimo indirizzo e numero civico anche se interno diverso;

Oppure

- ☐ che il sottoscritto ha la **DIMORA TEMPORANEA** presso la residenza dell'assistito , per i periodi richiesti, in quanto iscritto nello schedario della popolazione temporanea ai sensi dell'art. 32 del DPR 30/5/1989, n. 223 del Comune di _____

o viceversa

- ☐ che il familiare da assistere ha assunto, per i periodi richiesti, la **DIMORA TEMPOIRANEA** presso la residenza del sottoscritto in quanto iscritto nello schedario della popolazione temporanea del Comune di _____ai sensi dell'art. 32 del DPR 30/5/1989, n. 223;

Oppure

- ☐ che tra il familiare da assistere ed il sottoscritto (figlio) è in procinto di essere instaurato il requisito della convivenza (da autocertificare successivamente);

- ☐ **E)** che il familiare con disabilità:
  - o NON è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere oppure strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria
  - o è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere oppure strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria, ma i sanitari hanno richiesto la presenza del sottoscritto (allegare certificazione)

- ☐ **F)** che il sottoscritto è l'unico lavoratore a fruire del congedo straordinario per il soggetto disabile sopra indicato;
- ☐ **G)** che il sottoscritto non ha superato, alla data odierna, il periodo di 2 ANNI nell'arco della propria vita lavorativa, previsto dalla normativa di riferimento quale limite MASSIMO di fruizione del congedo straordinario per l'assistenza a familiari anche diversi da quello oggetto della presente domanda.

In particolare ha fruito di:

n. _____ giorni di congedo biennale retribuito (art. 42 comma 5 d.lgvo 151/2001);

n. _____ giorni di congedo NON retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4 comma 2, legge 8/3/2000, n. 53)

- ☐ **G)** di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione della situazione dichiarata nel presente modulo e di essere consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento penale e decadere dal beneficio ottenuto con la restituzione delle somme corrisposte ma non spettanti.

Luogo e data _____ Firma_____

ALLEGARE:

1) **Verbale emesso dall'apposita Commissione che attesti la condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 del familiare da assistere,**
2) **Fotocopia di valido documento d'identità del dichiarante.**