

Alla U.O.C. Gestione e Sviluppo
Risorse Umane
Sede di _____

OGGETTO: Richiesta congedo straordinario per assistenza a congiunto con handicap grave (art. 42 comma 5 decreto legislativo n. 151/2001 e s.m.i.).

IL/La sottoscritto/a _____ matricola _____ nato/a
a _____ residente in via
C.F. _____
tel _____ dipendente di questa Azienda in servizio presso _____ in qualità
di _____ mail _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 e s.m.i., di fruire del congedo straordinario retribuito per i seguenti periodi

dal _____ al _____ Tot gg. _____;

per assistere con sistematicità e adeguatezza il sotto indicato familiare:

- FIGLIO/A (anche se non convivente)

Nome _____ Cognome _____ nato a
_____ il _____;

- CONIUGE CONVIVENTE

Nome _____ Cognome _____ nato a
_____ il _____ Residente
in _____ Prov. _____ via
_____;

- GENITORE CONVIVENTE

Nome _____ Cognome _____ nato
a _____ il _____ Residente
in _____ Prov. _____ via
_____;

- FRATELLO CONVIVENTE

Nome _____ Cognome _____ nato a _____ il _____ Residente
in _____ Prov. _____ via _____;
;

○ PARENTE O AFFINE ENTRO IL 3°GRADO CONVIVENTE

Nome _____ Cognome _____ nato a _____ il _____ Residente
in _____ Prov. _____ via _____;
;

A tal fine, consapevole, che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. N. 448/2000)

- Di essere convivente con il familiare da assistere in _____
Via _____ Cap. _____;
- Che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992 e s.m.i., dall' ASL di _____ in data _____ Rivedibile SI NO;
- Che il soggetto da assistere non è ricoverato a tempo pieno con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- Che la struttura sanitaria presso la quale il disabile è ricoverato a tempo pieno ha richiesto espressamente la presenza del familiare che presta assistenza, come da documentazione allegata;
- Di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di mesi _____ gg _____ dal _____ al _____;
- Di aver già fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili Sig./ra _____ Codice Fiscale _____ di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di gironi, pari a _____ dal _____ al _____;
- 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, comma 2 e 3 della Legge n. 104/1993 e 33, comma 1, del D. Lgs. n. 151/2001;
- Che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri per assistere il medesimo soggetto (art.33, comma 3, L.104/92 e art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/01);
- Che il soggetto in situazione di disabilità non ha coniuge/convivente o altri familiari conviventi in base alle classi di priorità;

Il congedo straordinario spetta ai lavoratori secondo il seguente ordine di priorità:

1. **Coniuge convivente**/parte dell'unione civile convivente/ il convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della Legge n. 76/2016 della persona con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato;
 2. **Padre o madre**, anche adottivi o affidatari, della persona con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente, della parte dell'unione civile convivente o del convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della Legge n. 76/2016;
 3. **Uno dei figli conviventi** della persona con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato, nel caso in cui il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente, il convivente di fatto di cui all'art. 1, comma 36, della Legge n. 76/2016, ed entrambi i genitori della persona con disabilità siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
 4. **Fratello o sorella convivente** con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato, nel caso in cui il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente, il convivente di fatto di cui all'art. 1, comma 36, della Legge n. 76/2016, entrambi i genitori e i figli conviventi della persona con disabilità siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
 5. **Parente o affine entro il terzo grado convivente** della persona con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato, nel caso in cui il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente, il convivente di fatto di cui all'art. 1, comma 36, della Legge n. 76/2016, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle conviventi siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti.
- Che gli altri familiari non hanno mai usufruito di giorni di congedo straordinario (con paga o senza) per lo stesso familiare in condizione di disabilità grave;
 - Che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
 - Che è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
 - Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere permessi.

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante, decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n.445).

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D. Lgs. 10-08-2018, n. 101 - *Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.*

Il sottoscritto autorizza l'invio di atti e documentazione relativa al presente procedimento all'indirizzo mail presente nell'istanza, o in alternativa alla mail istituzionale. Tale modalità di invio avrà valore di notifica a tutti gli effetti.

Si allega la seguente documentazione:

1. Verbale L.104/92, attestante connotazione di gravità accertata ai sensi del comma 3 art. 3 L.104/92 (in originale o copia autenticata);
2. Autocertificazione Stato di famiglia e Residenza;
3. Fotocopia documento d'identità del richiedente;
4. Fotocopia documento d'identità dell'assistito;

Data _____

FIRMA
