

OGGETTO: Domanda di congedo straordinario retribuito di durata biennale per assistenza a familiare disabile grave,.

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ il _____ a _____ (____) C.F. _____

residente a _____
comune _____ provincia _____ c.a.p. _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____ con

contratto:

a tempo INDETERMINATO DETERMINATO

CHIEDE

di poter usufruire del **Congedo straordinario retribuito** di cui all' art. 42 co. 5 D. Lgs n. 151/2001, come modificato dal D.Lgs. n. 119/2011, per assistere il :

- figlio/a di età inferiore a tre anni;
- figlio/a di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge

nome e cognome _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

C.F. _____ residente a _____ in

via _____,

in situazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104 del 5 febbraio 1992;

per il periodo :

Intero, _____ dal _____ al _____ per mesi: _____ gg.: _____

Frazionato, _____ dal _____ al _____ per mesi: _____ gg.: _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg.: _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg.: _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg.: _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg.: _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 per le false attestazioni e dichiarazioni,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. di **essere effettivamente convivente** con il/la sig./sig.ra _____ (specificare la relazione di parentela/affinità(coniugio) _____, unitamente al quale risiede nel Comune di _____ (_____) in via _____ n. _____ e che la descritta situazione risulta agli atti dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritto/a adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del DPR n° 223/89.
2. che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto:

DATI FAMILIARE DISABILE		
Rapporto di parentela con il dichiarante		
Disabile grave accertato dalla ASP di	Competenza territoriale	data
Disabilità rivedibile	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Avvertenza

- *se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto disabile, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato, ma documentato da certificazione medica.*
- *In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione.*

3. che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
4. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di mesi: _____ gg. _____ dal _____ al _____
numero di mesi: _____ gg. _____ dal _____ al _____
5. di aver già fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni, pari a _____;

DICHIARAZIONE ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE

Il/La sottoscritt_ _____ nata_ a _____
_____ prov. (___) il _____

Il/La sottoscritt_ _____ nata_ a _____
_____ prov. (___) il _____

Il/La sottoscritt_ _____ nata_ a _____
_____ prov. (___) il _____

conviventi con il/la Sig. _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____, familiare disabile, con il quale risiedono nel Comune di _____ (___) via _____

DICHIARA/NO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Consapevole/i delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 per le false attestazioni e dichiarazioni:

di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile (cognome e nome) _____ per i seguenti motivi: _____

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Luogo e data _____

firme

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 DPR 445/2000)

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

- le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;
- è consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e perdere gli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione;
- il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- il dipendente necessita delle agevolazioni per esigenze legate alla situazione di disabilità;
- il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- il dipendente è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione, della situazione di fatto e di diritto, da cui consegua la perdita delle agevolazioni.

ALLEGATI

- Certificato rilasciato dall'ASP attestante lo stato di gravità del disabile
 - Carta di identità del dichiarante e dell'assistito/a
 - Altra documentazione:
-
-

Luogo e data _____

Firma _____