STANZA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE DISABILE (art.42, comma 5, d. lgs. 26 marzo 2001, n.151) Il/La sottoscritto/a (cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_ dipendente di codesta Amministrazione con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. uff.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chiede ai sensi dell’art. 42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n.151, di fruire di n. \_\_\_ giorni di congedo straordinario retribuito dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per assistere il sotto indicato familiare: ο FIGLIO/A (anche se non convivente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome) ο CONIUGE CONVIVENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome) residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_ ο GENITORE CONVIVENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome) residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_ ο FRATELLO CONVIVENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome) residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_ ο PARENTE O AFFINE ENTRO IL 3° GRADO CONVIVENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome) residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_ A tal fine, consapevole, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R n. 445 del 28 dicembre 2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste, Dichiara ο che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992, π come da documentazione già agli atti d’ufficio, oppure π come da documentazione allegata (che può essere prodotta dall’interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000); ο di essere convivente – ovvero di avere la medesima residenza anagrafica e di coabitare - con il familiare da assistere in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (il requisito non è richiesto qualora l’istanza sia prodotta dal genitore del disabile); ο che

nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito, né dei permessi di cui

all’art.33 della legge n. 104/1992, per assistere il medesimo soggetto (il requisito non è richiesto qualora l’istanza sia prodotta dal genitore del disabile); ο 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, commi 2 e 3 della legge n. 104/1992 e 33, comma 1, del d. lgs. n. 151/2001 (permessi e prolungamento del congedo parentale); ο che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno; ο 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; ο che non vi sono altri familiari legittimati a fruire, in via prioritaria, del congedo in questione, nell’ordine indicato dalla legge: − coniuge convivente: per

π mancanza

π decesso πpresenza di patologie invalidanti; − genitori: per π mancanza π decesso π presenza di patologie invalidanti; − figli conviventi: per π mancanza π decesso π presenza di patologie invalidanti; − fratelli o sorelle conviventi: per

π mancanza

π decesso

π presenza di patologie invalidanti, come da documentazione allegata (che può essere prodotta dall’interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000); ο di aver già fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / oppure

π di non aver fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario retribuito; ο che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave altri familiari hanno già fruito del predetto congedo per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / oppure

π che nessun altro familiare ha già fruito del predetto congedo per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave; ο di aver già fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario non retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell’8 marzo 2000) per un numero di giorni pari a\_\_\_\_\_\_\_ / oppure π di non aver fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario non retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell’8 marzo 2000); ο di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo. Si allega copia fotostatica del documento di identità.

Data,

Firma