ALL'ASSESSORATO DELLE AUTONOMIE
LOCALI E DELLA FUNZIONE PUBBLICA
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA
Servizio _____
PALERMO

per il tramite (1) _____
_____
_____

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL FIGLIO DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'
(art. 42 – comma 5, D.Lgs. 151/2001 come modificato dal D.Lgs. 119/2011)

Genitore o affidatario richiedente

Il/La Sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____
CODICE FISCALE _____ NATO/A IL _____
A _____ PROV. _____ STATO _____
RESIDENTE IN _____ PROV. _____
INDIRIZZO _____ CAP _____
SEDE DI SERVIZIO _____
QUALIFICA _____ TEL. UFF. _____
TELEFONO* _____ CELLULARE* _____
INDIRIZZO E-MAIL* _____

Chiede

di usufruire del congedo straordinario e della relativa indennità spettante ai genitori di persone con handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.Lgs. 151/2011 per i seguenti periodi:

dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____

(1) Indicare l'ufficio presso cui si presta servizio

* Dati facoltativi

Dichiara

- O che __l__ propri__ figli__ disabile in situazione di gravità non è ricoverat__ a tempo pieno
- O che __l__ propri__ figli__ disabile in situazione di gravità non è coniugat__ o non convive con il coniuge
- O che il coniuge del____ propri__ figli__ è affetto da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)
- O che altri familiari hanno già usufruito di n. ____ giorni di congedo straordinario per assistere __l__ propri__ figli__ disabile in situazione di gravità
- O di avere già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto (anche presso altri enti o aziende)

  dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
  dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
- O di avere già usufruito n._____ giorni di congedo straordinario retribuito per altri soggetti
- O di avere già usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, L. 53/2000) (anche presso altri enti o aziende)

  dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
  dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

data _____ firma (1) _____

In caso di adozione o affidamento

Provvedimento n. _____ del _____
Rilasciato dal tribunale di _____

(1) Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento.

N.B. Barrare le caselle che interessano e scrivere in stampatello

Dati e dichiarazione della persona disabile in situazione di gravità

Il/La Sottoscritto/a

Cognome _____ nome _____

Codice fiscale _____ nat__ il _____

a _____ residente in _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Telefono* _____ cellulare* _____

Indirizzo e-mail* _____

Dichiara

- O di essere figli__ del richiedente, Sig.__ _____ nat__ il _____ a _____, dal___ quale intendo essere assistit__
- O di essere in stato di handicap grave accertato dalla competente commissione (art. 4, comma 1, L.104/1992) di _____
- O di non essere ricoverat__ a tempo pieno
- O che non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

firma (1) _____

(Nel caso di disabile in situazione di gravità che non sa o non può firmare)

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante identificato mediante (estremi documento di riconoscimento) _____
il quale mi ha altresì dichiarato ( ) che non sa firmare ( ) che non può firmare

_____ _____
(luogo e data) **(timbro e firma dell'addetto)**

* Dati facoltativi

(1) Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento.

N.B. Barrare le caselle che interessano e scrivere in stampatello

Dichiarazione del familiare del disabile in situazione di gravità che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute

Dati del disabile

Cognome _____ nome _____

Codice fiscale _____ nat__ il _____

a _____ residente in _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Telefono* _____ cellulare* _____

Indirizzo e-mail* _____

Il/La Sottoscritto/a

Cognome _____ nome _____ nat__ il _____

a _____, in qualità di (grado di parentela) _____

del disabile (cognome e nome) _____ che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute,

Dichiara

che questi/a

- ○ è figli__ del richiedente, Sig.__ _____ nat__ il _____ a _____ dal___ quale intende essere assistit__
- ○ è in stato di handicap in situazione di gravità accertata dalla competente commissione (art. 4, comma 1, L.104/1992) di _____
- ○ non è ricoverat__ a tempo pieno
- ○ non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

firma _____

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal sig. _____
(estremi documento di riconoscimento) _____
il quale ha altresì dichiarato di essere (grado di parentela) _____
del disabile che si trova in situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

_____ **(luogo e data)** _____ **(timbro e firma dell'addetto)**

*Dati facoltativi

N.B. Barrare le caselle che interessano e scrivere in stampatello