

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 FRATELLO O LA SORELLA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'
(art. 42 – comma 5, D.Lgs. 151/2001 come modificato dal D.Lgs. 119/2011)

Fratello o sorella 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 fratelli e alle sorelle 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

Dati e dichiarazione del fratello/sorella disabile in situazione di gravità**Dati del disabile**

Cognome _____ nome _____

Codice fiscale _____ nat. il _____

a _____ residente in _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Telefono* _____ cellulare* _____

Indirizzo e-mail* _____

Dichiara

- di essere fratello/sorella del richiedente, Sig. _____ nat. il _____ a _____, con il quale convive e dal _____ quale intende essere assistit _____
- di essere in stato di handicap grave accertato dalla competente commissione (art. 4, comma 1, L.104/1992) di _____
- di non essere ricoverat _____ a tempo pieno
- 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 fratello/sorella del richiedente, Sig. _____ nat. il _____ a _____ con il quale convive e 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