

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 PARENTE O AFFINE FINO AL TERZO GRADO DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'
(art. 42 – comma 5, D.Lgs. 151/2001 come modificato dal D.Lgs. 119/2011)

Parente o affine fino al terzo grado

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 parenti ed affini fino al terzo grado di persone con handicap in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.Lgs. 151/2011 e in osservanza a quanto sancito dalla Corte Costituzionale n. 203 del 18 luglio 2013, 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

che 1 propri (*indicare rapporto di parentela o affinità*) disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno

- di essere convivente con ___1___ propri___ (indicare rapporto di parentela o affinità)___ disabile in situazione di gravità
- che ___1___ propri___ (indicare rapporto di parentela o affinità)___ disabile in situazione di gravità non è coniugato o non convive con il coniuge
- che il coniuge del___ propri___ (indicare rapporto di parentela o affinità)___ è affetto da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)
- che i genitori del___ propri___ (indicare rapporto di parentela o affinità)___ disabile in situazione di gravità sono deceduti o affetti da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)
- che ___1___ propri___ (indicare rapporto di parentela o affinità)___ disabile in situazione di gravità non ha figli o non convive con alcuno di essi
- che i figli conviventi del___ propri___ (indicare rapporto di parentela o affinità)___ disabile in situazione di gravità sono affetti da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)
- che i fratelli e/o sorelle del___ propri___ (indicare rapporto di parentela o affinità)___ disabile in situazione di gravità con esso conviventi non prestano attività lavorativa o sono lavoratori autonomi
- che gli altri parenti o affini entro il terzo grado del___ propri___ (indicare rapporto di parentela o affinità)___ in situazione di gravità, con esso conviventi, hanno rinunciato ad usufruire del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi richiesti dal sottoscritto (vedi dichiarazioni allegate)
- che altri familiari del___ propri___ (indicare rapporto di parentela o affinità)___ disabile in situazione di gravità hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per assistere lo stesso
- 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. _____
- di avere già usufruito n. _____ giorni di congedo straordinario retribuito per altri soggetti
- 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. _____
- che si impegna a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall’avvenuto cambiamento

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

Domicilio digitale: lo scrivente dichiara di volere utilizzare il servizio di Posta Elettronica Certificata (P.E.C) per la ricezione delle comunicazioni d'interesse che andranno inviate al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (P.E.C.): _____

Lo scrivente si impegna a comunicare l'eventuale variazione dell'indirizzo P.E.C. dichiarato e/o la eventuale rinuncia all'utilizzo dello stesso. Si allega fotocopia del documento d'identità in corso di validità.

data _____ firma (1) _____

(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 del parente/affine 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 __ (indicare relazione di parentela) __ del richiedente, Sig. _____
 _____ nat. il _____ a _____, con il
 quale convive e dal ___ quale intende essere assistito ___
- di essere in stato di handicap grave accertato dalla competente commissione (art. 4, comma
 1, L.104/1992) di _____
- di non essere ricoverato ___ 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
 (estremo 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 (*relazione parentela*) _____

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

Dichiara che questi/a

- è (*relazione parentela*) _____ 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