

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

Coniuge richiedente

___l___ **Sottoscritt**___

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 al coniuge di persona 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

- ☐ che il coniuge disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno
- ☐ di essere convivente con il coniuge disabile in situazione di gravità
- ☐ che altri familiari del proprio coniuge disabile in situazione di gravità hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- ☐ 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 di 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. _____

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 coniuge disabile**___I___ Sottoscritt___**

Cognome _____ nome _____

Codice fiscale _____ nat___ il _____

a _____ residente in _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Telefono* _____ cellulare* _____

Indirizzo e-mail* _____

Dichiara

- ☐ di essere coniuge del richiedente, Sig. _____ nat___ il _____
a _____, con ___l___ quale convivo e dal___ quale intendo essere assistit___
- ☐ di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertata 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 coniuge 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 coniuge del richiedente, Sig. _____ nat. il _____

a _____, con _____ quale convive e dal _____ quale intende essere assistito _____

☐ è in stato di handicap in situazione di gravità accertata dalla competente commissione (art. 4, comma 1, L.104/1992) di _____

☐ non è ricoverato _____ 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