



Regione Siciliana

ASSESSORATO REGIONALE DELLE AUTONOMIE
LOCALI E DELLA FUNZIONE PUBBLICA
DIPARTIMENTO REGIONALE DELLA
FUNZIONE PUBBLICA E DEL PERSONALE
Servizio 1 – Coordinamento Gestione Giuridica
del Personale Regionale in Servizio

Reclutamento del Personale – Ruolo Unico della Dirigenza e Banche Dati
Fax 0917073470 Telefono 0917073288 - 0917073311

PROT/G/2011/ 182748

DEL 14 DIC. 2011

Oggetto : Permessi retribuiti

Congedo biennale straordinario retribuito (Art. 42, comma 5, d.lgs. 26 marzo 2001 n. 151)

Permessi giornalieri art. 33, comma 3, della L. 5 febbraio 1992, n. 104.

Ai Servizi di Gestione Giuridica ed
Economica del Personale
c/o Assessorati Regionali
LORO SEDI

P.C. All' Area Affari Generali
del Dipartimento
SEDE

All'Assessore delle Autonomie Locali
e della Funzione Pubblica
- Gabinetto
- Segreteria Tecnica
- S.P.V.S.
SEDE

Nell'ottica del processo di riforma avviato con la legge 19/2008, finalizzato, per quanto si intesta allo scrivente Dipartimento, alla gestione unica ed uniforme delle competenze in materia di gestione del personale si interviene sulla materia dei permessi retribuiti di cui in oggetto in considerazione degli interventi normativi a livello nazionale ed anche delle segnalazioni e richieste di chiarimenti pervenute in merito a specifiche questioni riguardanti gli argomenti che di seguito si tratteranno.

Congedo straordinario retribuito. Art. 42, comma 5, d.lgs. 26 marzo 2001 n. 151.

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27 luglio 2011 è stato pubblicato il d.lgs. 18 luglio 2011, n. 119 concernente l' "Attuazione dell'articolo 23 della legge 4 novembre 2010, n. 183, recante delega al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi".

Il nuovo provvedimento più che riordinare la materia interviene con opportune precisazioni e modifiche che tengono conto delle pronunce giurisprudenziali, delle novità legislative e delle questioni applicative sorte.

Nel fare seguito alla nota circolare protocollo n. 108199 del 12 luglio u.s., relativa al congedo retribuito di cui in oggetto, si forniscono le seguenti direttive, anche alla luce delle modifiche introdotte dal suddetto decreto legislativo, e i modelli di domanda allegati per la fruizione del beneficio.

Aventi diritto

Il d.lgs n. 119/2011 riscrive la platea degli aventi titolo alla fruizione del congedo biennale retribuito tenendo conto della normativa previgente e degli interventi in materia della Corte Costituzionale, prevedendo però un "ordine di priorità".

Possono beneficiare della possibilità di fruire del congedo de quo secondo l'ordine di priorità che segue : il coniuge, i genitori, i figli, i fratelli e le sorelle del disabile portatore di handicap grave.

Il primo beneficiario è il coniuge convivente con la persona con handicap in situazione di gravità.

In caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente, ha diritto a fruire del congedo il padre o la madre anche adottivi.

Per questi ultimi potenziali beneficiari non è espressamente previsto l'obbligo della convivenza, né è fissato un limite di età.

In caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi, ha diritto a fruire del congedo uno dei figli conviventi.

Da notare che nell'ordine di priorità subentrano i figli solo in caso di assenza del padre "e" della madre stante che la norma non utilizza la formula disgiuntiva "o".

Possono usufruire del congedo de quo i fratelli o sorelle solo nel caso in cui anche i figli conviventi siano deceduti, mancanti o invalidi.

Condizioni

Condizione essenziale per la fruizione del congedo retribuito è che il disabile sia stato accertato persona con handicap in situazione di gravità.

In tal senso il richiedente dovrà presentare idonea documentazione rilasciata dalla competente commissione medica attestante la situazione di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della Legge 104/1992.

Il beneficio può essere concesso nei limiti del termine di validità della certificazione.

Il d.lgs. n. 119/2011 conferma l'altra condizione prioritaria ed essenziale per accedere al beneficio ovvero quella che il disabile non sia ricoverato a tempo pieno, ma introduce una eccezione che consente la fruizione del congedo quando "sia richiesta dai sanitari la presenza del soggetto che presta l'assistenza".

L'odierno decreto legislativo e la precedente normativa nulla dispongono in merito ad una eventuale attività lavorativa svolta dal disabile, che, tuttavia, è considerata dall'Inps e dall'Inpdap causa di esclusione dal beneficio.

La convivenza

Il d.lgs. n. 119/2011 richiede il requisito della convivenza nell'ipotesi in cui il richiedente sia il coniuge, i fratelli, le sorelle ovvero i figli del disabile.

Al fine di addivenire ad una interpretazione del concetto di convivenza, il Ministero del Lavoro con la circolare che, ad ogni buon fine si allega, ha ritenuto di dover condurre tale concetto a " *tutte quelle situazioni in cui, sia il disabile che il soggetto che lo assiste abbiano la residenza nello stesso Comune, riferita allo stesso indirizzo: stesso numero civico anche se in interni diversi.*"

La concessione del beneficio è pertanto subordinata alla certificazione di tale requisito ove richiesto.

Durata

Il decreto legislativo n. 119/2011 stabilisce che : "*Il congedo ... non puo' superare la durata complessiva di due anni per ciascuna persona portatrice di handicap e nell'arco della vita lavorativa*".

La disposizione, in linea con le precisazioni dell'INPS e dell'INPDAP già formulate in costanza della previgente normativa, esclude la possibilità del c.d. "raddoppio" dei congedi per lo stesso lavoratore.

Il congedo può essere fruito anche in modo frazionato. Il frazionamento è ammesso fino alla giornata intera. Nei casi di richieste che superano la giornata si computano anche i giorni festivi se non vi è l'effettiva ripresa del servizio il giorno successivo alla festività.

Domanda

Il beneficio è concesso ad istanza del dipendente da formularsi utilizzando uno dei modelli allegati alla presente.

Il decreto 151/2001 precisa che si ha diritto a fruire del congedo entro sessanta giorni dalla richiesta.

Trattamento economico

Il decreto legislativo n. 119/2011 chiarisce che, nel periodo di congedo, il dipendente ha diritto a percepire una indennità corrispondente all'ultima retribuzione con riferimento alle sole voci fisse e continuative (stipendio), che il periodo è coperto da contribuzione figurativa, e che l'importo complessivo massimo (su base annua) risultante dalla somma dell'indennità spettante e della contribuzione figurativa è fissato in € 43.579,06, rivalutato annualmente a decorrere dall'anno 2011, sulla base della variazione dell'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati e operai.

Con successive disposizioni operative, a cura del Servizio 2, verranno fornite le necessarie indicazioni procedurali, per la contabilizzazione dell'indennità e dei relativi contributi previdenziali.

Cumulabilità fra permessi e congedi

Il congedo non può essere riconosciuto a più di un lavoratore per assistere la stessa persona.

E' la regola del "referente unico" che vale anche per i permessi di cui articolo 33, comma 3 della Legge 104/1992.

Il decreto 119/2011 conferma l'eccezione già prevista dall'art. 42 del d.lgs. 151/2001. Per l'assistenza allo stesso figlio, il congedo di cui si scrive spetta ad entrambi i genitori, anche adottivi, che ne possono fruire alternativamente. Negli stessi giorni, l'altro genitore non può fruire dei benefici di cui all'articolo 33, commi 2 e 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e all'articolo 33, comma 1, del decreto legislativo 26 marzo 2001 n.151 (prolungamento del congedo, dei riposi giornalieri o dei permessi mensili).

Ferie, tredicesima mensilità e TFR

Il periodo di congedo straordinario retribuito non rileva ai fini delle ferie della tredicesima mensilità e del tfr.

Si sottolinea, al riguardo, la disposizione di cui all'art. 5 quater dell'odierno decreto che testualmente recita: *"I soggetti che usufruiscono dei congedi di cui al comma 5 per un periodo continuativo non superiore a sei mesi hanno diritto ad usufruire di permessi non retribuiti in misura pari al numero dei giorni di congedo ordinario che avrebbero maturato nello stesso arco di tempo lavorativo, senza riconoscimento del diritto a contribuzione figurativa."*

La norma consente, alle condizioni indicate, ai soggetti fruitori del congedo retribuito di utilizzare permessi straordinari, in numero pari ai giorni di ferie perdute a causa dell'utilizzo del congedo stesso, che, come prima ricordato non determina il maturare delle ferie.

Sul punto si fa riserva di fornire ulteriori indicazioni in attesa di istruzioni operative da parte degli organi istituzionali competenti per la pratica applicazione delle predetta disposizione.

Per agevolare la lettura delle nuove disposizioni si allegano le norme richiamate nel testo della presente nota operativa.

Permessi giornalieri art. 33, comma 3, della L. 5 febbraio 1992, n. 104.

L'art. 6 del D.Lgs. n. 119/2011 interviene nuovamente sulla disciplina dei permessi per l'assistenza a soggetti portatori di handicap grave di cui all'art. 33, comma 3, della L. 5 febbraio 1992, n. 104, dopo le modifiche apportate direttamente dalla legge n. 183/2010, comunicate con la circolare n. del 194963 del 21.12.2010.

In base al novellato comma 3 del citato art. 33, il dipendente ha diritto di prestare assistenza nei confronti di più persone in situazione di handicap grave a condizione che si tratti del coniuge o di un parente o affine entro il primo grado, oppure entro il secondo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni o siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

L'art. 6 del citato D.Lgs. n. 119/2011 aggiunge inoltre all'art. 33 della L. n. 104/1992 il comma 3-bis, in base al quale il lavoratore che fruisce dei permessi per assistere un soggetto portatore di handicap grave residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello ove ha la propria residenza, è tenuto ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

In tal senso si rammenta che i modelli di domanda trasmessi in occasione della precedente menzionata circolare contengono l'indicazione della residenza dell'assistito.

Il dipendente è tenuto a comunicare ogni eventuale variazione delle stesse residenze.



**Il Dirigente Generale
(Bologna)**

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

- che 1 propri figli disabile in situazione di gravità non è ricoverat a tempo pieno
- che 1 propri figli disabile in situazione di gravità non è coniugat o non convive con il coniuge
- che il coniuge del propri figli è affetto da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)
- che altri familiari hanno già usufruito di n. giorni di congedo straordinario per assistere 1 propri figli 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 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

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

II/La Sottoscritto/a

Cognome _____ nome _____
Codice fiscale _____ nat_ il _____
a _____ residente in _____
Indirizzo _____ C.A.P. _____
Telefono* _____ cellulare* _____
Indirizzo e-mail* _____

Dichiara

- di essere figli__ del richiedente, Sig. _____ nat_ il _____
a _____, dal___ quale intendo 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* _____

II/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

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

Figlio richiedente

II/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 figli 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

- che il proprio genitore disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno
- di essere convivente con il proprio genitore disabile in situazione di gravità
- che il proprio genitore disabile in situazione di gravità non è coniugato o non convive con il coniuge
- che il coniuge del proprio genitore è affetto da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)
- che i genitori del ___ propri ___ padre/madre disabile in situazione di gravità sono deceduti o affetti da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)
- che il proprio genitore disabile in situazione di gravità non ha altri figli o non convive con alcuno di essi
- che gli altri figli del proprio genitore disabile in situazione di gravità con esso conviventi non prestano attività lavorativa o sono lavoratori autonomi
- che gli altri figli del proprio genitore disabile 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 proprio genitore 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

data _____

firma (1) _____

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

Dati e dichiarazione del genitore 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 padre/madre 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 padre/madre 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

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

___1___ **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

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 ___ I ___ 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 ___l___ 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

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

II/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

Dichiara

- che __1__ propri__ fratello/sorella disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno
- di essere convivente con __1__ propri__ fratello/sorella disabile in situazione di gravità
- che __1__ propri__ fratello/sorella disabile in situazione di gravità non è coniugato o non convive con il coniuge
- che il coniuge del_____ propri__ fratello/sorella è affetto da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)
- che i genitori del_____ propri__ fratello/sorella disabile in situazione di gravità sono deceduti o affetti da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)
- che __1__ propri__ fratello/sorella disabile in situazione di gravità non ha figli o non convive con alcuno di essi
- che i figli conviventi del_____ propri__ fratello/sorella disabile in situazione di gravità sono affetti da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)
- che gli altri fratelli e/o sorelle del_____ propri__ fratello/sorella disabile in situazione di gravità con esso conviventi non prestano attività lavorativa o sono lavoratori autonomi
- che gli altri fratelli e/o sorelle del_____ propri__ fratello/sorella disabile 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__ fratello/sorella 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

data _____

firma (1) _____

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

Dati e dichiarazione del fratello/corella 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* _____

II/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