

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

## 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/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\* \_\_\_\_\_

**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