

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

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 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