

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