



# Domanda di congedo straordinario per assistere disabile in situazione di gravità

Art. 42, comma 5. D.lgs. 151/2001 come modificato dal D.lgs. 119/2011

Regione Siciliana

Assessorato regionale delle Autonomie Locali e della Funzione Pubblica

Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale

Viale Regione Siciliana, 2194 - 90135 Palermo

Servizio 1 - Gestione giuridica del personale

Mail: giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it

Indirizzo di posta elettronica dell'Ufficio presso il quale il richiedente presta servizio (**Necessario**)

Per il tramite del :

SPAZIO  
RISERVATO AL  
PROTOCOLLO

Protocollo numero

Data protocollo

DATI  
RICHIEDENTE

Cognome

Nome

**Attenzione** : E' assolutamente **necessario** per istruire la pratica indicare nel riquadro sulla destra il numero di **matricola** (numero di 5 cifre sul tesserino)

ed inoltre un recapito telefonico a scelta del richiedente per eventuali comunicazioni dall'ufficio

RECAPITI  
**NECESSARI** PER  
EVENTUALI  
COMUNICAZIONI

Indirizzo di posta elettronica (personale o del proprio ufficio)

Recapito telefonico (a scelta dell' interessato : fisso o cellulare)

SEDE DI SERVIZIO  
e RUOLO

Assessorato

Dipartimento

Area / servizio / Ufficio

Ruolo

## CHIEDE

Di usufruire del congedo straordinario e della relativa indennità spettante al parente o affine di persona con handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.lgs. 151 / 2001 per i seguenti periodi:

RICHIESTA

DICHIARAZIONE

## A TAL FINE DICHIARA

Che il

disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno

di essere convivente con la persona disabile in situazione di gravità (in caso la richiesta sia fatta per l'assistenza del proprio coniuge)

che la persona disabile in situazione di gravità non è coniugato o non convive con il coniuge

che il coniuge della persona disabile è affetto da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)

che il genitori della persona disabile in situazione di gravità sono deceduti o affetti da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)

che la persona disabile in situazione di gravità non ha figli, non convive con alcuno di essi o se conviventi sono affetti da patologie invalidanti (vedi certificazione allegata)

che i fratelli o le sorelle della persona con esso conviventi non prestino attività lavorativa o sono lavoratori autonomi

che gli altri parenti o affini entro il terzo grado, conviventi, hanno rinunciato ad usufruire del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi richiesti dal sottoscritto (vedi certificazione allegata)

che il rapporto di parentela o affinità con il portatore di handicap è il seguente

che altri familiari hanno già usufruito di numero  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	per gg.	dal	al	per gg.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dal	al	per gg.	dal	al	per gg.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

di avere già usufruito di numero  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. 52/2000 - anche presso altri enti o aziende)

dal	al	per gg.	dal	al	per gg.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dal	al	per gg.	dal	al	per gg.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

che si impegna a comunicare qualunque variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento

**Il dichiarante è consapevole delle responsabilità amministrative e penali previste nel caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste**

**Da compilare solo in caso di ADOZIONE o AFFIDAMENTO**

Provvedimento numero:  rilasciato dal Tribunale di:  in data

Ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018 i dati personali forniti saranno raccolti e trattati anche con l'uso di sistemi informatizzati per l'emanazione dei conseguenziali provvedimenti.

La struttura del presente modello non deve essere in alcun modo alterata con modifiche e/o cancellazioni.  
L'invio al Servizio I F.P. potrà avvenire anche a mezzo mail all'indirizzo: [giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it](mailto:giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it) allegando **copia del documento di riconoscimento** in formato .pdf - In difformità a quanto esposto la richiesta non troverà accoglimento.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo Data Firma

**DATI E DICHIARAZIONE DEL PARENTE / AFFINE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**

DATI DEL DISABILE

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Codice Fiscale		nato/a il	
a	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
indirizzo	<input type="text"/>	residente in	<input type="text"/>
		Numero civico	<input type="text"/>
		C.A.P.	<input type="text"/>
Recapito telefonico (a scelta dell' interessato : fisso o cellulare)	<input type="text"/>	Indirizzo di posta elettronica	<input type="text"/>

DICHIARAZIONE

**DICHIARA**

di essere (indicare la relazione di parentela)  del richiedente

sig. / sig.ra  nato/a il  a

con il/la quale convive e dal/dalla quale intende essere assistito/a

di essere in stato di handicap grave accertato dalla competente commissione di  (art. 3, comma 3 L.104/1992)

di non essere ricoverato a tempo pieno

che non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

e di essere assistito/a dal sig. /dalla sig.ra  Nome e cognome della persona che presta assistenza

Nato/a a  residente in

SOTTOSCRIZIONE

Firma

**Dichiarazione del disabile che non sa o non può firmare**

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante identificato mediante estremi del documento di riconoscimento n

che ha altresì dichiarato :

che non sa firmare  che non può firmare a causa di un impedimento temporaneo

Se il disabile è impossibilitato a firmare ed è soggetto a tutela, curatela o amministrazione di sostegno, la dichiarazione deve essere sottoscritta rispettivamente dal tutore o dall'interessato con l'assistenza del curatore e dell'amministratore di sostegno.

In questi casi occorre allegare copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno.

**DATI E DICHIARAZIONE DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'  
CHE SI TROVA IN UNA SITUAZIONE DI IMPEDIMENTO TEMPORANEO PER RAGIONI DI SALUTE**

---

DATI DEL DISABILE

Cognome

Nome

Codice Fiscale

nato/a il

a

Provincia

residente in

indirizzo

Numero civico

C.A.P.

Recapito telefonico (a scelta dell' interessato : fisso o cellulare)

Indirizzo di posta elettronica

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto

Cognome

Nome

nato/a il

a

in qualità di

(indicare la relazione di parentela)

del disabile (indicare cognome e nome)

che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute

**DICHIARA CHE**

è (indicare il grado di parentela) del/della richiedente

indicare : 1° grado, 2° grado o 3° grado (\* vedi **legenda** sotto)

1° grado : genitori e figli

2° grado : fratelli e nonni

3° grado : bis-avi, pronipoti, zii, nipoti (figli di fratelli/sorelle)

nato/a il

a

con il/la quale convive  
e dal/dalla quale intende essere assistito/a

di essere in stato di handicap grave accertato dalla competente commissione (art. 4, comma 1 L.104/1992)

di

di non essere ricoverato a tempo pieno

che non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

SOTTOSCRIZIONE

Firma