

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

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
giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it

per il tramite

SPAZIO
RISERVATO AL
PROTOCOLLO

Protocollo numero

Data protocollo

DATI DEL
RICHIEDENTE

Cognome

Nome

Comune

Provincia sigla

Residenza
anagrafica

Via / Piazza

Numero civico

C. a. p.

Recapito posta elettronica personale

Recapito telefono fisso

Recapito cellulare

SEDE DI SERVIZIO E RUOLO

Assessorato

Dipartimento / Ufficio speciale

Area/Servizio/Ufficio

Ruolo

RICHIESTA

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:

dal al dal al

dal al dal al

dal al dal al

DICHIARAZIONE

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 i 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 e/o sorelle della persona in situazione di gravità con esso conviventi non prestano 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 dichiarazioni allegate)

che altri familiari 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. 52/2000) (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

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

Da compilare solo in caso di caso di ADOZIONE o AFFIDAMENTO

Provvedimento n. del

Rilasciato dal tribunale di

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.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo

Data

Firma



DATI DEL DISABILE

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

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ nato/a il _____
a _____ residente in _____
Indirizzo _____ CAP _____
Telefono _____ cellulare _____
Indirizzo e-mail _____ a _____

DICHIARAZIONE

DICHIARA

di essere (indicare relazione di parentela) _____ del richiedente
Sig. _____ 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 a tempo pieno
che non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

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 o 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 FAMILIARE DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'
CHE SI TROVA IN UNA SITUAZIONE DI IMPEDIMENTO TEMPORANEO PER RAGIONI DI
SALUTE**

DATI DEL
FAMILIARE DEL
DISABILE

Cognome

Nome

nato/a il

a

codice fiscale

residente in

CAP

Indirizzo Telefono

cellulare

Indirizzo e-mail

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

nato/a

il

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

è (grado di parentela)

del richiedente, Sig.

nato/a il a

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

il familiare è in stato di handicap in situazione di gravità accertata dalla competente commissione
(art. 4, comma 1, L. 104/1992) di

non è ricoverato/a a tempo pieno

non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

N.B.: Barrare le caselle che interessano

SOTTOSCRIZIONE

Firma