

All'Ufficio

**RICHIESTA CONGEDO RETRIBUITO CON INDENNITA' PER GRAVI E DOCUMENTATI MOTIVI
DI FAMIGLIA PER ASSISTENZA A PARENTI/AFFINI DI III GRADO**

(ai sensi dell'art. 42, comma 5 del D.Lgs 26 marzo 2001, n. 151 come previsto dalla sentenza 3-18 luglio 2013, n. 203 della Corte Costituzionale)

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso il Dip.to
_____ - Struttura livello dirigenziale generale -
_____ - Ufficio _____ appartenente all' area _____ fascia
retributiva F_____, tel. n. _____, residente a _____
in via _____, n. _____,

con rapporto di lavoro a tempo pieno;

con rapporto di lavoro a tempo parziale al _____%, con articolazione orizzontale verticale mista

chiede

di poter usufruire del congedo retribuito ai sensi dell'art. 42, comma 5 del D.Lgs 26 marzo 2001, n. 151 come previsto dalla sentenza 3-18 luglio 2013, n. 203 della Corte Costituzionale, nei seguenti periodi:

dal _____ al _____; dal _____ al _____; dal _____ al _____;
dal _____ al _____; dal _____ al _____; dal _____ al _____;
dal _____ al _____; dal _____ al _____; dal _____ al _____;

per assistere il/la proprio/a _____
(relazione di parentela o affinità) (cognome e nome)
residente a _____ in via _____ n. _____

A tal fine, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

dichiara

di essere convivente con il familiare da assistere;

di aver assunto, per i periodi richiesti, la dimora temporanea presso la residenza dell'assistito/a in quanto è iscritto/a nello schedario della popolazione temporanea del comune di residenza del familiare, ai sensi dell' art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223;

che il familiare da assistere ha assunto, per i periodi richiesti, la dimora temporanea presso la residenza del/la sottoscritto/a in quanto è iscritto nello schedario della popolazione temporanea del comune di residenza del/la sottoscritto/a, ai sensi dell' art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223;

1. che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 e successive modificazioni ed integrazioni e che sono state già riconosciute al/alla sottoscritto/a le agevolazioni di cui all' art. 33, comma 3, della stessa legge, con nota n. _____ del _____;
2. che nei su indicati periodi di assenza nessun altro familiare dell'assistito/a fruisce del medesimo congedo retribuito;
3. che la situazione familiare dell'assistito/a è la seguente:

è minorenni

non è coniugato/a;

ovvero che il coniuge, Sig./ra _____ è mancante perché _____ è affetto da patologie invalidanti (**allegare**

certificazione);

i genitori dell'assistito/a:

Sig. _____ è mancante perché _____

_____ è affetto da patologie invalidanti (**allegare** certificazione);

Sig.ra _____ è mancante perché _____

_____ è affetta da patologie invalidanti (**allegare** certificazione);

l'assistito/a non ha figli;

i figli dell' assistito/a sono:

- Sig./ra _____ è affetto/a da patologie invalidanti (**allegare** certificazione) è minorenni non è lavoratore/ricce dipendente è lavoratore/ricce autonomo/a è lavoratore/ricce dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda _____ con sede a _____ in via _____ n. _____;

- Sig./ra _____ è affetto/a da patologie invalidanti (**allegare** certificazione) è minorenni non è lavoratore/ricce dipendente è lavoratore/ricce autonomo/a è lavoratore/ricce dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda _____ con sede a _____ in via _____ n. _____;

l'assistito/a non ha fratelli e sorelle;

i fratelli e le sorelle sono:

- Sig./ra _____ è affetto/a da patologie invalidanti (**allegare** certificazione) è minorenni non è lavoratore/ricce dipendente è lavoratore/ricce autonomo/a è lavoratore/ricce dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda _____ con sede a _____ in via _____ n. _____;

- Sig./ra _____ è affetto/a da patologie invalidanti (**allegare** certificazione) è minorenni non è lavoratore/ricce dipendente è lavoratore/ricce autonomo/a è lavoratore/ricce dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda _____ con sede a _____ in via _____ n. _____;

4. il/la sottoscritto/a ha lavorato come dipendente, dal 28 marzo 2000 in poi, presso le seguenti altre amm.ni/enti/aziende:

A) _____ con sede a _____ in via _____ n. _____, dove:

per il familiare in parola, ha già fruito di n. _____ giorni di congedo retribuito non ha fruito di alcun giorno di congedo retribuito; del congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53) ne ha già fruito per n. _____ giorni non ne ha fruito; **per altri familiari** (indicare relazione di parentela e cognome e nome) _____

ha già fruito di n. _____ giorni di congedo retribuito non ha fruito di alcun giorno di congedo retribuito; del congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53) ne ha già fruito per n. _____ giorni non ne ha fruito;

B) _____ con sede a _____ in via _____ n. _____, dove:

per il familiare in parola, ha già fruito di n. _____ giorni di congedo retribuito non ha fruito di alcun giorno di congedo retribuito; del congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53) ne ha già fruito per n. _____ giorni non ne ha fruito; **per altri familiari** (indicare relazione di parentela e cognome e nome) _____

ha già fruito di n. _____ giorni di congedo retribuito **non** ha fruito di alcun giorno di congedo retribuito; del congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53) ne ha già fruito per n. _____ giorni **non** ne ha fruito;

5. che per assistere il familiare in parola:

nessun altro soggetto ha fruito del predetto congedo retribuito e del congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53)

hanno già fruito del predetto congedo retribuito e del congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53) i seguenti soggetti:

- **altri parenti o affini:**

a) _____ dipendente presso
(relazione di parentela o affinità) (cognome e nome)
_____ con sede a _____ in via _____
_____ n. _____, per un totale di n. _____ giorni di congedo retribuito e **non** retribuito;

b) _____ dipendente presso
(relazione di parentela o affinità) (cognome e nome)
_____ con sede a _____ in via _____
_____ n. _____, per un totale di n. _____ giorni di congedo retribuito e **non** retribuito;

- **tutore:**

c) _____ dipendente presso
(cognome e nome)
_____ con sede a _____ in via _____
_____ n. _____, per un totale di n. _____ giorni di congedo retribuito e **non** retribuito;

6. che il soggetto disabile:

non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria;

è ricoverato in stato vegetativo persistente e/o in situazione terminale (**allegare certificazione**);

è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria, ma i sanitari hanno richiesto la presenza del/la sottoscritto/a (**allegare certificazione**);

è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria, ma deve recarsi al di fuori della struttura sanitaria per effettuare prestazioni specialistiche (**allegare documentazione**);

7. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione della situazione di fatto e di diritto dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni mendaci, potrà subire un procedimento penale e decadere da eventuali benefici ottenuti;

8. di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega documentazione se già non in possesso dell'amministrazione.

_____, li _____

Visto del Dirigente

(Firma per esteso e leggibile del dichiarante)