

**OGGETTO: RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA A  
CONGIUNTO CON HANDICAP GRAVE (art. 42 comma 5 decreto legislativo n. 151/2001)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_

**chiede**

di fruire del congedo straordinario retribuito spettante al \_\_\_\_\_ (rapporto di coniugio)  
di persona in condizione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 e  
della relativa indennità in base all'art.42 comma 5 del D. Lgs. 151/2001 per i seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ tot gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ tot gg. \_\_\_\_\_

per assistere con sistematicità e adeguatezza il \_\_\_\_\_ sotto indicato:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

e tuttora vivente.

A tal fine dichiara quanto segue:

- di essere convivente con il/la \_\_\_\_\_ in condizioni di disabilità grave;
- di essere residente nello stesso stabile del congiunto in condizione di disabilità grave;

- che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge 104/1992 dalla ASL di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ Rivedibile:†SI† NO ;
- che non è ricoverato a tempo pieno;
- che non è impegnato in attività lavorativa;
- che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri per assistere il familiare con disabilità (art 33 L. 104/92 e art. 42 D Lgs. 151/01);
- che non ci sono altri soggetti in grado di prendersi cura del familiare disabile;
- che gli altri familiari non hanno mai usufruito di giorni di congedo straordinario (con paga o senza paga) per lo stesso familiare in condizione di disabilità grave;†

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari retribuiti per lo stesso congiunto o per altro familiare

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ tot. gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ tot. gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ tot. gg. \_\_\_\_\_

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari **NON** retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art 4, comma 2. L.53/2000)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, etc...

data

Il/la dipendente \_\_\_\_\_

Si allega la seguente documentazione:

- n° 1 Verbale L.104/92, attestante connotazione di gravità accertata ai sensi del comma 3 art. 3 L 104/92 (in originale o copia autentica);
- n° 1 Stato di famiglia e/o certificato di residenza;
- n° 1 Fotocopia avanti/retro del documento d'identità del dipendente;
- n° 1 Fotocopia avanti/retro del documento d'identità della persona da assistere;

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità **dichiara che:**

- le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di prestare assistenza per il congiunto disabile per il quale ha chiesto di fruire dei permessi retribuiti; che nessun altro familiare usufruisce dei permessi di cui alla citata Legge per prestare assistenza al/alla sig/sigra \_\_\_\_\_ ;
- di essere consapevole che le agevolazioni richieste sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni richieste comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela dei disabili;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni richieste;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.L. 196/2003

Data \_\_\_\_\_

firma -----

Il sottoscritto autorizza l'invio di atti e documentazione relativa al presente procedimento all'indirizzo e-mail indicato nell'istanza, o in alternativa all'indirizzo istituzionale della propria Unità Operativa di appartenenza. Tale modalità di invio avrà valore di notifica a tutti gli effetti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MOD. 6 - RICHIESTA AI SENSI LEGGE 151/2001**