

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO
(art.42, comma 5, d.lgs. 26 marzo 2001, n.151)

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a..... matricola n.....,
tel. in servizio presso

Chiede

ai sensi dell'art. 42, comma 5, del d.lgs. n.151/2001 di poter fruire di un periodo di congedo straordinario retribuito per assistere il padre / la madre sig./ra nato/a a prov. il C.F. in situazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 5 febbraio 1992:

dal al

dal al

dal al

dal al

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del d.p.r. n. 445 del 28 dicembre 2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

Dichiara

1. di essere convivente con il genitore¹;
2. che il genitore da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992;
3. che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
4. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di giorni pari a.....;
5. di aver fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni, pari a.....;

¹ Il requisito della convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica ovvero, in caso contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la propria dimora temporanea presso la residenza dell'altro e quindi risulti iscritto, ai sensi dell'art.32 del d.p.r. n.223 del 30 maggio 1989, nello schedario della popolazione temporanea del comune.

6. che i genitori del disabile sono entrambi mancanti ovvero deceduti ovvero affetti da patologie invalidanti²;
7. che il genitore in situazione di disabilità grave non ha altri figli;
8. che gli altri figli del soggetto disabile sono mancanti ovvero sono affetti da patologie invalidanti;
9. che il soggetto da assistere:

non è coniugato;

ovvero che il coniuge del disabile:

- è mancante³;
- è deceduto;
- non è lavoratore dipendente;
- è affetto da patologie invalidanti;

10. che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave hanno già fruito del predetto congedo - fino al 10 agosto 2011 - i seguenti familiari:

il coniuge (nome cognome
C.F. dipendente presso
.....) per n. giorni;

il genitore (nome cognome
C.F. dipendente presso
.....) per n. giorni;

altri figli conviventi (nome cognome
C.F. dipendente presso
.....) per n. giorni;

i fratelli e le sorelle (nome cognome
C.F. dipendente presso
.....) per n. giorni;

² L'art. 2 del dpcm n.278 del 21 luglio 2000 individua le seguenti patologie: "1) Patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario." La documentazione medica attestante le predette patologie può essere rilasciata dal medico specialista del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico

³ Tale condizione ricorre se il disabile è separato legalmente, divorziato ovvero è coniugato ma si trova in situazione di abbandono accertata dall'Autorità giudiziaria.

11. di aver già usufruito di periodi di congedo straordinario **non** retribuito "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell'8 marzo 2000) nell'arco della propria vita lavorativa per n. ... giorni;
12. che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
13. che il soggetto disabile è un minore ricoverato a tempo pieno e necessita di assistenza (allegare documentazione sanitaria);
14. che il disabile è ricoverato in stato vegetativo persistente e/o in situazione terminale;
15. che il disabile è ricoverato ma deve recarsi al di fuori della struttura sanitaria per effettuare prestazioni specialistiche;
16. che il soggetto disabile è ricoverato ma la struttura sanitaria ha richiesto l'assistenza del familiare;
17. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia o situazione 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 false, potrà subire un procedimento penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Firma

Informativa sul trattamento dei dati personali

(art.13 del d.lgs n.196 del 30 giugno 2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Amministrazione, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati raccolti con le presenti dichiarazioni saranno trattati nel rispetto delle norme contenute nel Codice, della legge e dei regolamenti al fine di espletare la funzione in materia amministrativa su base sanitaria. Il trattamento dei dati avverrà ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare l'impossibilità o ritardi nella definizione del procedimento che la riguarda. L'amministrazione la informa infine che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art.7 del Codice in argomento, rivolgendosi direttamente al dirigente responsabile competente all'istruttoria della presente domanda.

Si allega:

- Copia del certificato rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL, attestante che il parente (genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella) _____ nato/a il _____ a _____ (_____), residente in _____ (_____) via _____ n. _____ è "persona con handicap in situazione di gravità" secondo le condizioni previste dall'art.3, comma3, della L.104/1992.