All. 2)

**RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON**

**HANDICAP GRAVE ai sensi dell’art. 42, comma 5, del D. Lgs 26 marzo 2001, n. 151 e successive modifiche e integrazioni**

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

in servizio presso

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 e successive modificazioni ed integrazioni, nei seguenti periodi:

dal al ; dal al ;

dal al ; dal al ; per assistere il/la proprio/a □**coniuge o convivente l.36/76 o parte unione civile**

# figlio

* **genitore**

# fratello/sorella

* **altro parente/affine fino al terzo grado** *(indicare parentela)*

Sig./ra

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 parente da assistere ovvero di avere insieme residenza e coabitazione (come da circolare 01/2012 FP);
* ovvero ,con riferimento ai periodi richiesti, di avere dimora temporanea presso la residenza dell’assistito/a in quanto iscritto/a nello schedario della popolazione temporanea ai sensi dell’ art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223 del Comune di ;
* che il proprio parente 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 ai sensi dell’ art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223;

1. che il parente da assistere è stato riconosciuto in condizione di handicap grave ai sensi dell’art. 3, comma 3, della

legge n. 104/1992 con verbale del dell’INPS di ;

1. 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 ;

che nei su indicati periodi di assenza nessun altro familiare dell’assistito/a fruisce del medesimo congedo

retribuito;

1. che la situazione familiare del proprio parente disabile è la seguente (***da compilare nel caso si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge)***

# non è coniugato;

* + **è unito civilmente ovvero convivente l.76/16**

# il coniuge (o parte unione civile o convivente l.76) dell’assistito/a, Sig./ra

* + è mancante perché \_
  + è affetto da patologie invalidanti *(****allegare certificazione*\***);

# che 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*\***);

1. che il parente da assistere : (*da compilare nel caso si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge*)

□**non ha altri parenti prossimi conviventi**

* + **ha i seguenti parenti prossimi conviventi:**

- Sig./ra (grado di parentela)

* è affetto/a da patologie invalidanti (***allegare certificazione*\***)
* non è lavoratore/lavoratrice dipendente
* è lavoratore/lavoratrice dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda

con sede a

in via n.

;

- Sig./ra

* è affetto/a da patologie invalidanti (***allegare certificazione*\***)
* non è lavoratore/lavoratrice dipendente
* è lavoratore/lavoratrice dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda

con sede a

in via n.

;

1. Che il/la sottoscritto/a, presso questa amministrazione ovvero presso altri datori di lavoro pubblici e/o privati

**per il familiare in parola,:**

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

**per altri familiari** (*indicare relazione di parentela e cognome e nome*)

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

1. 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 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**);
2. 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;
3. 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 la seguente documentazione:

, lì

*(Firma per esteso e leggibile del dichiarante)*

Visto del Dirigente