

CONGEDO STRAORDINARIO PER HANDICAP GRAVE

(art. 42 T.U. decreto legislativo n. 151/2001)

Data _____

Alla Direzione Organizzazione
Servizio Amministrazione del Personale
SEDE

La/il sottoscritta/o _____ **matricola** _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in _____

dipendente del Comune di _____, col profilo professionale
di _____ Cat. _____

con contratto a tempo: determinato indeterminato

part-time full-time

in servizio presso _____ Tel _____

chiede

di fruire del congedo straordinario spettante a genitori, al coniuge convivente, fratelli/sorelle di soggetti portatori di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992 e della relativa indennità spettante in base all'art.42 T.U. D.Lgs.151/2001

di gg _____ a decorrere dal _____ al _____

di gg _____ a decorrere dal _____ al _____ riguardante il soggetto sottoindicato:

Nominativo _____ nata/o a _____

Il _____ residente a _____ in _____

A TAL FINE DICHIARA

grado di parentela: _____

nel caso di fratello o sorella convivente con il portatore di handicap:

a) che i genitori sono entrambi deceduti o totalmente invalidi (allegare certificazione dell'invalidità)

b) che l'unico genitore vivente è totalmente invalido (allegare certificazione dell'invalidità)

c) che i genitori deceduti e altri fratelli/sorelle non conviventi, anche se deceduti, hanno fruito complessivamente di congedo straordinario retribuito no si per n. gg.

che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1, della Legge 104/1992 dalla Asl di _____ in data _____

che non è ricoverato a tempo pieno

non impegnato in attività lavorativa

di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto dal _____
al _____ gg _____

di aver già fruito di congedi straordinari **NON** retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari (art 4, comma 2. L.53/2000) dal _____ al _____ gg _____

di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario, dei permessi previsti dall'art. 33 della L. 104/92 per l'assistenza alle persone con handicap grave

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI AVENTI DIRITTO

Nominativo _____ nata/o a _____

Il _____ residente a _____ in _____

di non svolgere attività

di essere lavoratore autonomo

di svolgere attività lavorativa presso la Ditta/Ente _____

Via _____ n. _____ città _____

di non aver chiesto, per lo stesso soggetto handicappato, lo stesso periodo di congedo retribuito, **IMPEGNANDOSI ALTRESI' A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi

di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto dal _____ al _____ gg _____ presso la Ditta/Ente _____ indirizzo _____

di aver già fruito di congedi straordinari **NON** retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari (art4, comma 2. L.53/2000) dal _____ al _____ gg _____ presso la Ditta/Ente _____ indirizzo _____

di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario, dei permessi previsti dall'art. 33 della L. 104/92 per l'assistenza alle persone con handicap grave, impegnandosi a non richiederli negli stessi periodi.

I sottoscritti, consapevoli delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiarano, ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano, che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

Dichiarano inoltre che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti in alternativa all'altro avente diritto e per la durata complessiva di tutti gli aventi diritto (non superiore a due anni nell'arco della vita lavorativa), tenendo conto comunque, che i periodi suddetti rientrano nel limite massimo complessivo di due anni di permesso "per gravi e documentati motivi familiari", per i quali l'interessato non ha diritto a retribuzione, riconducibile a ciascun lavoratore (art.4, comma 2, Legge n. 53/200).

Si impegnano a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno del portatore di handicap
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL

La/il dipendente _____

L' altro avente diritto _____

Nulla Osta:

Il Dirigente responsabile la struttura di assegnazione

(Timbro e firma leggibile)
