

**RICHIESTA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER L'ASSISTENZA
A FAMILIARI PORTATORI DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ**
(art. 42, D.Lgs. 151/2001)

Segreteria Trattamento Giuridico - ASUGI
Ufficio del Personale
Via del Farneto 3 – Trieste

QUADRO A	RICHIEDENTE
Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____	
nato/a a _____ Prov.() il ____ / ____ / ____ residente a _____	
in via _____ n. _____ e domiciliato a _____	
in via _____ n. _____ (se il domicilio è diverso dalla residenza)	
recapito telefonico _____ e-mail _____ @ _____	
<input type="checkbox"/> dipendente dell'ASUGI a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> dipendente dell'IRCCS Burlo Garofolo a tempo indeterminato	
<input type="checkbox"/> a tempo pieno <input type="checkbox"/> a tempo parziale <input type="checkbox"/> verticale <input type="checkbox"/> orizzontale con percentuale _____ %	
con il profilo professionale di _____ in servizio presso la struttura _____	
Sede _____ (tel. lavoro _____) nominativo del Coordinatore/Responsabile _____	

consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero. (Art. 76 del DPR 445/2000 "Norme penali- Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia")

CHIEDE

di fruire del congedo straordinario spettante ai familiari di soggetti portatori di handicap grave e della relativa indennità spettante in base al D.Lgs 151/2001 su citato

QUADRO B	DATI DEL FAMILIARE CON HANDICAP GRAVE
Nome e Cognome _____	
nato/a a _____ Prov.() il ____ / ____ / ____ residente a _____	
in via _____ n°. _____ e domiciliato a _____	
in via _____ n°. _____ il cui grado di parentela rispetto al richiedente	
risulta essere : _____	
<input type="checkbox"/> portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____	
<input type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa	
<input type="checkbox"/> non impegnato in attività lavorativa	
(se richiesto per il/la figlio/a)	
<input type="checkbox"/> figlio/a naturale nato/a a _____ il _____	
<input type="checkbox"/> figlio/a adottato/a nato/a a _____ il _____ (data provvedimento di adozione _____)	

QUADRO C	PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI
<p>Il/la sottoscritto/a chiede di poter fruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:</p> <p style="margin-left: 40px;">dal _____ al _____ dal _____ al _____</p> <p style="margin-left: 40px;">dal _____ al _____ dal _____ al _____</p> <p>Le motivazioni per cui richiede il/i periodi di congedo sono: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">_____ (allegare documentazione a supporto)_</p>	

QUADRO D	DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE
<p>IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA</p>	
<p><input type="checkbox"/> di NON aver già fruito di congedi straordinari <u>retribuiti</u> per lo stesso soggetto</p> <p><input type="checkbox"/> di aver già fruito di congedi straordinari <u>retribuiti</u> per lo stesso soggetto</p> <p style="margin-left: 40px;">dal _____ al _____ gg. _____</p> <p>(se presso altro Ente/Azienda indicare nome e città) _____</p> <p><input type="checkbox"/> di NON aver già fruito di congedi straordinari <u>NON retribuiti</u> “per gravi e documentati motivi familiari”(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)</p> <p><input type="checkbox"/> di aver già fruito di congedi straordinari <u>NON retribuiti</u> “per gravi e documentati motivi familiari”(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)</p> <p style="margin-left: 40px;">dal _____ al _____ gg. _____</p> <p>(se presso altro Ente/Azienda indicare nome e città) _____</p> <p><input type="checkbox"/> di essere residente e convivente con la/il portatore di handicap (allegare autocertificazine)</p> <p><input type="checkbox"/> che l’altro genitore non è vivente ovvero di essere genitore unico (da certificare)</p>	

Firma del responsabile / coordinatore per presa visione _____

QUADRO E (solo in caso di richiesta per il/la figlio/a) **DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ n° _____ tel. _____

DICHIARA

di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo

di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta/Ente _____

di non aver chiesto, per lo stesso soggetto handicappato, nei periodi indicati al quadro C, congedi straordinari retribuiti, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi.

di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

(se presso altro Ente/Azienda indicare nome e città) _____

di aver già fruito di congedi straordinari **NON** retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari"(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

(se presso altro Ente/Azienda indicare nome e città) _____

QUADRO F

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

(da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex lege 104/92)

Allegato certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap

Già in possesso dell'Amministrazione

Altro (indicare) _____

In caso di adozione:

Allegata copia del provvedimento di adozione

Già in possesso dell'Amministrazione

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 genitore e per la durata complessiva tra tutti e due i genitori 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, riconoscibili a ciascun lavoratore (art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000).

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 presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL
- le modifiche ai periodi di congedo richiesti
- periodi richiesti successivamente (*vale solo per l'altro genitore*)

I sottoscritti autorizzano l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali per finalità strettamente connesse con l'esecuzione delle leggi n. 104/1992, n. 53/2000 e n. 388/2000.

Firma

DEL/ DELLA RICHIEDENTE

DELL'ALTRO GENITORE

Data _____

NOTE DELL'UFFICIO PREPOSTO

All'atto della presentazione della domanda, in applicazione di quanto stabilito dall'art 71 del DPR 445/2000, l'Ufficio avvierà i seguenti controlli:

- nota alla sede INPS di _____ per informazioni riguardanti _____
- nota alla Guardia di Finanza al fine di accertare _____
- nota ai Carabinieri al fine di accertare _____
- nota al Comune di _____ al fine di accertare _____
- nota a _____

L'invio per gli accertamenti di cui all'art. 71 del DPR 445/00 si ritiene:

- necessario ma da effettuare in data successiva
- NON necessario

Timbro data e firma