

ALLA U.O.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
POLICLINICO TOR VERGATA

(compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile;
moduli compilati in modo incompleto non saranno presi in considerazione)

OGGETTO: richiesta congedo straordinario art. 42 T.U. D.Lgs 151/2001

DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE

__l__ sottoscritt _____
nat__ in _____ in data _____
residente in via _____ città _____
Codice Fiscale _____ C.A.P. _____ tel. abitazione/cell
_____ tel. posto lavoro _____ in servizio presso (Dip.to/Servizio)
_____ con la qualifica di _____
indicare se: a tempo determinato/indeterminato e/o tempo pieno/ridotto/part-time⁽¹⁾
_____ assunt_ in
data _____ matricola _____

CHIEDE

di usufruire del congedo straordinario per prestare assistenza al soggetto in situazione di handicap grave, in quanto dichiara⁽²⁾:

- di essere il coniuge **convivente** del portatore di handicap grave;
- di essere il padre o la madre⁽³⁾ di minore non coniugato portatore di handicap grave;
- di essere il padre o la madre⁽³⁾ del portatore di handicap grave e che il coniuge convivente del soggetto in condizione di disabilità grave risulta deceduto, mancante, ovvero affetto da patologie invalidanti;
- di essere figlio **convivente** del portatore di handicap grave e che sia il coniuge convivente, sia entrambi i genitori del soggetto in condizione di disabilità grave risultano deceduti, mancanti, ovvero affetti da patologie invalidanti;
- di essere fratello o sorella **convivente** del portatore di handicap grave e che sia il coniuge convivente, sia entrambi i genitori, sia i figli conviventi del soggetto in condizione di disabilità grave risultano deceduti, mancanti, ovvero affetti da patologie invalidanti;

(1) cancellare la voce che non interessa. In caso di part-time indicare se lo stesso è di tipo verticale o orizzontale, la percentuale di attività svolta ed il numero di giorni lavorati (v. provvedimento di concessione del part-time), **per poter procedere a riproporzionare i giorni di permesso spettanti**

(2) barrare la casella che interessa

(3) cancellare la voce che non interessa

- di essere parente o affine entro il terzo grado **convivente** del portatore di handicap grave e che sia il coniuge convivente, sia entrambi i genitori, sia i figli conviventi, sia i fratelli o le sorelle conviventi del soggetto in condizione di disabilità grave risultano deceduti, mancanti, ovvero affetti da patologie invalidanti (**indicare il grado di parentela o affinità con il soggetto portatore di handicap grave:** _____).

A tal fine precisa che⁽⁴⁾:

- Il/la Sig./ra _____, **coniuge convivente** del soggetto in condizione di disabilità grave, nat__ in _____ in data _____, residente ⁽⁵⁾ in Via _____ città _____, impiegato⁽⁵⁾ presso la Ditta/Ente _____ indirizzo _____, è:
 - deceduto;
 - mancante in quanto⁽⁶⁾ _____;
 - affetto da patologia invalidante⁽⁷⁾;

- Il Sig. _____, **padre** del soggetto in condizione di disabilità grave, nat__ in _____ in data _____, residente ⁽⁵⁾ in Via _____ città _____, impiegato⁽⁵⁾ presso la Ditta/Ente _____ indirizzo _____, è:
 - deceduto;
 - mancante in quanto⁽⁶⁾ _____;
 - affetto da patologia invalidante⁽⁷⁾;

(4) Compilare i campi che interessano; non compilare in caso di genitore che assiste minore disabile non coniugato.

(5) Compilare solo in caso di esistenza in vita.

(6) Specificare il motivo della mancanza.

(7) Allegare copia della certificazione medica attestante la patologia invalidante, corredata da dichiarazione di conformità all'originale ai sensi del D.P.R. 445/2000 e di fotocopia del documento di identità.

- La Sig.ra _____, **madre** del soggetto in condizione di disabilità grave, nat__ in _____ in data _____, residente ⁽⁵⁾ in Via _____ città _____, impiegato⁽⁵⁾ presso la Ditta/Ente _____ indirizzo _____, è:

- deceduto;
- mancante in quanto⁽⁶⁾ _____;
- affetto da patologia invalidante⁽⁷⁾;

- Il/la Sig./ra _____, **figlio/a** del soggetto in condizione di disabilità grave, nat__ in _____ in data _____, residente ⁽⁵⁾ in Via _____ città _____, impiegato⁽⁵⁾ presso la Ditta/Ente _____ indirizzo _____, è:

- deceduto;
- mancante in quanto⁽⁶⁾ _____;
- affetto da patologia invalidante⁽⁷⁾.

- Il/la Sig./ra _____, **figlio/a** del soggetto in condizione di disabilità grave, nat__ in _____ in data _____, residente ⁽⁵⁾ in Via _____ città _____, impiegato⁽⁵⁾ presso la Ditta/Ente _____ indirizzo _____, è:

- deceduto;
- mancante in quanto⁽⁶⁾ _____;
- affetto da patologia invalidante⁽⁷⁾.

(4) Compilare i campi che interessano; non compilare in caso di genitore che assiste minore disabile non coniugato.

(5) Compilare solo in caso di esistenza in vita.

(6) Specificare il motivo della mancanza.

(7) Allegare copia della certificazione medica attestante la patologia invalidante, corredata da dichiarazione di conformità all'originale ai sensi del D.P.R. 445/2000 e di fotocopia del documento di identità.

- Il/la Sig./ra _____, **fratello/sorella** del soggetto in condizione di disabilità grave, nat__ in _____ in data _____

_____, residente ⁽⁵⁾ in Via _____ città _____,
_____, impiegato⁽⁵⁾ presso _____ la
Ditta/Ente _____ indirizzo _____

_____, è:

- deceduto;
- mancante in quanto⁽⁶⁾ _____;
- affetto da patologia invalidante⁽⁷⁾;

- Il/la Sig./ra _____, **fratello/sorella** del soggetto in condizione di disabilità grave, nat_ in _____ in data _____, residente ⁽⁵⁾ in Via _____ città _____,
_____, impiegato⁽⁵⁾ presso _____ la
Ditta/Ente _____ indirizzo _____

_____, è:

- deceduto;
- mancante in quanto⁽⁶⁾ _____;
- affetto da patologia invalidante⁽⁷⁾.

- Il/la Sig./ra _____, **fratello/sorella** del soggetto in condizione di disabilità grave, nat_ in _____ in data _____, residente ⁽⁵⁾ in Via _____ città _____,
_____, impiegato⁽⁵⁾ presso _____ la
Ditta/Ente _____ indirizzo _____

_____, è:

- deceduto;
- mancante in quanto⁽⁶⁾ _____;
- affetto da patologia invalidante⁽⁷⁾.

(4) Compilare i campi che interessano; non compilare in caso di genitore che assiste minore disabile non coniugato.

(5) Compilare solo in caso di esistenza in vita.

(6) Specificare il motivo della mancanza.

(7) Allegare copia della certificazione medica attestante la patologia invalidante, corredata da dichiarazione di conformità all'originale e di fotocopia del documento di identità.

Il sottoscritto richiede a tal proposito il seguente periodo di congedo:

a decorrere dal _____ fino al _____ (totale giorni _____)

a decorrere dal _____ fino al _____ (totale giorni _____)

a decorrere dal _____ fino al _____ (totale giorni _____)

per assistere il soggetto sottoindicato:

Nome e Cognome _____

nat__ in _____ in data _____

residente in Via _____ n. _____ città _____

C.A.P. _____ Codice Fiscale _____

Tel. _____

A TAL FINE DICHIARA

- che la condizione di handicap grave è stata accertata dalla ASL _____ in data _____;
- che il soggetto in situazione di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno;
- che il soggetto in situazione di handicap grave è ricoverato a tempo pieno e che è stata richiesta dai sanitari la presenza della persona che presta assistenza⁽⁸⁾;
- di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto per n. 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 _____ per n. gg _____;
- che non vi sono altri soggetti che hanno fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto in situazione di handicap grave;
- che i seguenti soggetti hanno già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto in situazione di handicap grave:

Nome _____ Cognome _____

nat__ in _____ in data _____

residente in Via _____ città _____

Congedo straordinario retribuito dal _____ al _____ (totale giorni _____)

presso la Ditta/Ente _____ indirizzo _____

(8) Allegare copia del certificato dei sanitari della struttura in cui è ricoverata la persona con handicap grave nel quale sia richiesta la presenza della persona che presta assistenza, corredata da dichiarazione di conformità all'originale e di fotocopia del documento di identità.

Nome _____ Cognome _____

nat__ in _____ in data _____
residente in Via _____ città _____
Congedo straordinario retribuito dal _____ al _____ (totale giorni ____)
presso la Ditta/Ente _____ indirizzo _____

Nome _____ Cognome _____
nat__ in _____ in data _____
residente in Via _____ città _____
Congedo straordinario retribuito dal _____ al _____ (totale giorni ____)
presso la Ditta/Ente _____ indirizzo _____

**DICHIARAZIONI DELL'ALTRO GENITORE IN CASO DI FIGLIO IN
SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE**

In caso di assistenza a figlio affetto da handicap in situazione di gravità, l'altro genitore Sig./ra
Nome _____ Cognome _____ nat__
a _____ in data _____, residente in
Via _____ città _____, impiegato/a
presso la Ditta/Ente _____
indirizzo _____

dichiara di non fruire negli stessi giorni richiesti né di congedo straordinario, né dei permessi mensili di tre giorni, né dei permessi orari di due ore al giorno, né del prolungamento del congedo parentale.

I sottoscritti, consapevoli delle responsabilità amministrative, civili e penali previste in caso di dichiarazioni false e mendaci 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.

In particolare, i genitori di figli in situazione di handicap grave dichiarano che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti in alternativa all'altro avente diritto, nel limite massimo complessivo di due anni, ai fini del calcolo del quale va considerato il 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. 53/2000).

Si impegnano, inoltre, a comunicare con la massima tempestività 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.

Il/La dipendente _____ Data _____

L'altro avente diritto

(nel caso di genitori di figli affetti da handicap grave)

_____ Data _____

Visto:

Il Dirigente Responsabile

(Timbro e firma leggibile)

Data _____

Visto:

Il Coordinatore

(Timbro e firma leggibile)

Data _____