

Al Dirigente Scolastico

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

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 prov. ilC.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 sottoscritt..., 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

Ai sensi degli artt. 46 - 47 del D.P.R. 445/2000

1. di essere convivente con il genitore allo stesso indirizzo n.c.....¹;
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;

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.

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.....;
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 - 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;

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.

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

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;
- Per quanto premesso, dichiara altresì quanto segue:**
17. di essere il referente unico, in grado di assistere il proprio genitore;
 18. di non aver percepito nell'anno solare di riferimento un reddito superiore al limite stabilito dall'art. 42 comma 5 ter del D. Leg.vo n. 151/2001, come modificato dall'art. 4 del D. Leg.vo n. 119/2011;
 19. di essere destinataria del provvedimento di concessione del beneficio dei tre giorni di permesso retribuito per assistere il proprio familiare in condizioni di disabilità grave, ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/1992.
20. 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

Si allega copia del documento d'identità

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.

Al Dirigente Scolastico _ SEDE

Oggetto: Dichiarazione di responsabilità inerente alla richiesta fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ in _____
servizio presso quest'Istituzione Scolastica in qualità di _____

avendo inoltrato istanza di richiesta relativa ai permessi di cui alla legge 104/1992 e s.m.i., essendo stato posto a conoscenza degli art.75 e 76s del DPR 444/2000 e s.m.i. relativi alle dichiarazioni mendaci e che lo stesso datore di lavoro può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di impegnarsi a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento, le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nel modello di richiesta, con particolare riferimento a:

1. eventuale ricovero a tempo pieno del soggetto disabile in condizione di gravità;
2. revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione medica di cui all'articolo 4 comma 1 legge 104 del 1992 e successive modificazioni, integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1 del decreto legge n. 78 del 1° luglio 2009 convertito nella legge n. 102 del 3 agosto 2009;
3. modifiche ai periodi di permesso richiesti;
4. eventuale decesso del disabile.

In fede

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE
CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992-

Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col richiedente e che il richiedente medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva.

In caso di impossibilità per causa fisica, psichica o sensoriale del familiare di rilasciare la dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore legale o dell'amministratore di sostegno o atto notorio.

Il/La sottoscritt _____ nat_a _____
_____ prov. (____) il _____, familiare
con disabilità grave con la presente

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il/la Sig./ra
_____ (specificare la relazione di parentela o
affinità), il\la quale ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti
dall'art. 33 della L. 104\92, è l'unico referente alla propria assistenza alla quale si dedica
in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con esso/a rapporto fiduciario.

Si allega documento di identità del sottoscritto.

IN FEDE

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIEDA PER L'A.S. 201 \1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992-

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE GRAVE

Il/La sottoscritt _____ nat a

_____ prov. (____) il _____

convivente

non convivente

con il/la familiare disabile Sig./ra _____

(specificare la relazione di parentela o affinità) _____, per cui

il\la Sig.\ra _____ ha richiesto al suo datore di

lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ed ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, di non essere nelle condizioni di poter prestare assistenza continuativa al familiare disabile di cui sopra, per i seguenti motivi: _____ e pertanto di non avvalersi

dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li, _____

Firma _____

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"M. Carlucci"
Baragiano (PZ)

OGGETTO: Richiesta per l'a. s. 2020/2021 permesso per assistenza familiare con disabilità grave
– Art. 33 L. 104/1992.

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

(Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

La sottoscritta _____

Consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente.

DICHIARA sotto la propria responsabilità

che il familiare _____ in stato di disabilità grave per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica e privata e che necessità di assistenza a carattere continuativo ed in via esclusiva del/della sottoscritto/a.

IN FEDE

ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIEDA PER L'A.S. 201 \1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE - ART. 33 L. 104\1992-

Dichiarazione che il coniuge e\o i genitori del disabile abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il/La sottoscritt _____ nat_a _____
_____ prov. (____) il _____, familiare
con disabilità grave, con la presente comunica che il/la
Sig. _____ (specificare la relazione di parentela o
affinità) _____, ha richiesto al suo datore di
lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104\92, ed ai sensi della legge
n. 15/68 e DPR n. 445/2000

DICHIARA

che il/la Sig./ra _____ è l'unico referente alla propria
assistenza, alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva e che il sottoscritto ha con
esso rapporto fiduciario in quanto il proprio coniuge e\o i genitori:
sbarrare la casella che interessa

hanno superato i 65 anni di età

sono affetti da patologie invalidanti

sono deceduti

sono mancanti

Si allega documento di identità del sottoscritto.

_____, li, _____

IN FEDE