



## Comune di Frosinone

Settore Gestione Risorse – Servizio Gestione del Personale e Supporto OIV

### Richiesta di Congedo Straordinario Retribuito

( art. 42 comma 5, D.lgs. n. 151/2001, come modificato da art. 4 D.lgs. n. 119/2011 )

Il/la sottoscritto/a Cognome e Nome .....

Luogo e Data di Nascita .....

Codice Fiscale .....

Indirizzo .....

Settore di Appartenenza .....

### chiede

ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D.lgs. n. 151/2001, un periodo di congedo straordinario retribuito per assistere il:

- Coniuge (anche legalmente separato) o convivente;
- Parente entro il secondo grado (genitori, figli, fratelli, nonni, nipoti dei nonni);
- Affine di primo grado (suoceri, genero, nuora);
- Soggetto componente la propria famiglia anagrafica;
- Parente o affine entro il terzo grado portatore di handicap, anche non convivente in situazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992;

dal ..... al .....

dal ..... al .....

dal ..... al .....

## Dati relativi al soggetto disabile in situazione di gravità:

Cognome e Nome .....

Luogo e Data di Nascita .....

Codice Fiscale .....

Residenza .....

A tal fine il/la sottoscritt \_\_ , consapevole, ai sensi dell'art. 76 del d.p.r. n. 445 del 28 dic. 2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

### dichiara

- Di essere convivente con il \_\_\_\_\_ in condizioni di disabilità grave;
- Che il soggetto da assistere è stato riconosciuto in condizioni di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- Che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto;
- Di avere già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_ ;
- 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 \_\_\_\_\_ ;
- Che per assistere la persona in condizione di disabilità grave hanno già fruito del predetto congedo fino al 10 Ago. 2011 i seguenti familiari;
  - I genitori \_\_\_\_\_ ;
  - I fratelli/sorelle \_\_\_\_\_ ;
  - I figli conviventi \_\_\_\_\_ ;
- Di aver già usufruito, nell'arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario non retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4 comma 2 legge n. 53/2000) per n. \_\_\_\_\_ giorni;
- Che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- Che il soggetto disabile è ricoverato in stato vegetativo persistente e/o in situazione terminale;
- Che il soggetto disabile è ricoverato, ma deve recarsi al di fuori della struttura sanitaria per effettuare prestazioni specialistiche;
- Che il soggetto disabile è ricoverato, ma la struttura sanitaria ha richiesto l'assistenza del familiare;
- 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 dichiarazione false, potrà subire un procedimento penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Si allega la seguente documentazione \_\_\_\_\_

---

*Frosinone, li*

**Firma dell'assistito**

**Firma del richiedente**

**N.B.** se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato che riceve la domanda, la presente dichiarazione deve essere inoltrata con la fotocopia del documento di identità dell'assistito.

Dichiarazione del familiare del disabile in situazione di gravità che non sa firmare, ovvero si trova in una situazione di impedimento per ragioni di salute

Il sottoscritto Cognome e Nome .....

Luogo e Data di Nascita .....

Codice Fiscale .....

Ho reso la sopra riportata dichiarazione in qualità di (specificare il grado di parentela):

..... del soggetto disabile .....

che non sa firmare, ovvero si trova in una situazione di impedimento per ragioni di salute.

Data ..... Firma del familiare .....

( unire fotocopia del documento d'identità personale del familiare sottoscrittore in sostituzione del disabile )

Parere favorevole dei responsabili dei Settori:

.....

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

**(art. 13 D.lgs. n. 196 del 30 Giu. 2003 recante "codice in materia di protezione dei dati personali")**

L'Amministrazione, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, la informa che tutte le informazioni raccolte con la presente dichiarazione saranno trattate nel rispetto delle norme contenute nel codice, nella legge e nei regolamenti al fine di espletare la funzione in materia amministrativa su base sanitaria. Il trattamento dei dati avverrà ad opera di dipendenti dell'Ente 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.