

Al Magnifico Rettore

Il/la sottoscritto/a			
nato/a il		a	
qualifica		S.S.D.	
Codice fiscale			
in servizio presso il Dipartimento di			
Residente /Domiciliato/a	in	via/piazza	
Email			
telefono			

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D.lgs. n. 151/2001 di fruire del **congedo straordinario (fino a un massimo di due anni nell'arco della vita lavorativa)** per assistere con sistematicità e adeguatezza il proprio familiare convivente (coniuge, figlio o genitori) di cui si riportano di seguito le generalità:

Cognome e Nome del familiare			
Residente	in	via/piazza	
C.F. del familiare			
Grado di parentela			

per i/il seguenti/e periodo/i:

--	--	--	--

A tal fine dichiara

di essere	convivente con il familiare in condizioni di disabilità grave		
-----------	---	--	--

che, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992, il portatore di handicap grave è stato accertato dalla ASL di in data		SI	rivedibile
		NO	

non è ricoverato a tempo pieno
--------------------------------

non è impegnato in attività lavorativa
--

nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri per assistere il familiare con disabilità(art. 33 L. 104/92 e art. 42 D.Lgs. 151/01)
---

non ci sono altri soggetti in grado di prendersi cura del familiare disabile
--

gli altri figli conviventi, coniuge e/o i fratelli del genitore non hanno mai usufruito di giorni di congedo straordinario (con paga o senza paga) per lo stesso familiare in condizione di disabilità grave
--

gli altri figli conviventi, coniuge e/o i fratelli del genitore hanno usufruito di n. <input type="text"/> giorni di congedo straordinario (con paga o senza paga) per lo stesso familiare in condizione di disabilità grave
--

DICHIARA INOLTRE

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari retribuiti per lo stesso genitore o per altro familiare
per i/il seguenti/e periodo/i:

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari <b>NON</b> retribuiti per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, L. 53/2000)
per i/il seguenti/e periodo/i:

Si allega

Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante la situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art.4 L.104/92 (in originale o copia autentica se non è già in possesso di questa Amministrazione)
--

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni intervenute in ordine a quanto dichiarato (es. ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, etc....)

Il/la sottoscritto/a è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti:

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000)

Palermo,

firma