

**CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA FAMILIARI CON HANDICAP GRAVE
CON INDENNIZZO**

(art. 42 comma 5 decreto legislativo n. 151/2001 e successive modificazioni)

Data _____

Al Responsabile del Servizio
Al Responsabile del 10° Servizio
SEDE

La/il sottoscritta/o _____ matricola _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in _____

in servizio presso _____ Tel _____

C H I E D E

In qualità di:

☐ **coniuge convivente della persona con handicap grave,**

oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente,

☐ **padre o madre naturale o adottivo/a,** anche se non convivente con il figlio,

oppure in caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi,

☐ **figlio convivente,**

oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi

☐ **fratelli o sorelle conviventi,**

di fruire del congedo straordinario spettante per la persona in condizione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992 e della relativa indennità in base all'art.42 comma 5 del D. Lgs. 151/2001 per i seguenti periodi:

dal _____ al _____ tot gg. _____

dal _____ al _____ tot gg. _____

per assistere il disabile sotto indicato:

Cognome _____ Nome _____ nata/o a _____

il _____ residente a _____ in _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere convivente con il coniuge - con il genitore - con il fratello/sorella in condizione di disabilità grave
(la convivenza non è richiesta per l'assistenza verso i figli da parte del padre e della madre)

che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1, della Legge 104/1992 dalla Asl
di _____ in data _____ Rivedibile: SI NO

che non è ricoverato a tempo pieno

che non è impegnato in attività lavorativa

che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri previsti dall'art. 33 della L. 104/92 – Unica eccezione per il padre e la madre verso i figli per i quali si dichiara che l'altro genitore fruirà non usufruirà dei permessi nello stesso mese, seppur non negli stessi giorni;

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari con indennizzo e non retribuiti (art 4, comma 2. L.53/2000) sia per il presente familiare disabile, che per altri familiari o per altri gravi motivi personali (max 2 anni per lavoratore) per i seguenti periodi:

Mod./18bis

dal _____ 01 _____ al _____ tot. gg _____

dal _____ al _____ tot. gg _____

dal _____ al _____ tot. gg _____

DICHIARA INOLTRE

che non sono stati usufruiti, da altri aventi diritto, giorni di congedo straordinario con o senza indennizzo per lo stesso familiare disabile (max 2 anni per disabile);

che sono stati fruiti, da altri familiari aventi diritto, (indicare cognome, nome, data di nascita, tipologia di parentela con il disabile, luogo di lavoro) _____

di congedi straordinari con indennizzo o senza retribuzione (art 4, comma 2. L.53/2000) per lo stesso soggetto:

dal _____ al _____ tot. gg _____

dal _____ al _____ tot. gg _____

dal _____ al _____ tot. gg _____

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il 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 DPR 445/2000).

La/il dipendente _____

Visto del responsabile della struttura di assegnazione

(Timbro e firma leggibile)

ALLEGATI

Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante 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)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art 13 D.Lgs. 196/2003)

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Gravina di catania; il responsabile è il Direttore della Direzione Organizzazione ed incaricato del trattamento l'ufficio assenze.

I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.