

**Alla U.O.C. Politiche del Personale e Gestione
Risorse Umane**

e.p.c. (indicare il diretto Responsabile)

OGGETTO: Richiesta di congedo straordinario retribuito ai sensi dell'art.42, comma 5, 5- *bis*, 5- *ter*, 5- *quater*, 5-*quinqües* del D.L.vo 26.03.2001, n°.151 e s.m.i.

Il/La sottoscritt.....,

dipendente di questa Azienda con la qualifica di, in servizio presso.....matricola n.

Dichiarando sotto la propria responsabilità di essere :

- ☐ Coniuge/Parte di un'unione civile/Convivente di fatto, convivente (cioè residente), oppure con dimora temporanea di cui all'art. 32 del D.P.R. n. 223 del 1989 di soggetto portatore di handicap in situazione di gravità per il quale fruisce dei benefici previsti dalla Legge 05.02.1992, n°.104 e s.m.i.;
- ☐ Genitore convivente (cioè residente) oppure con dimora temporanea di cui all'art. 32 del D.P.R. n. 223 del 1989 di soggetto portatore di handicap in situazione di gravità per il quale fruisce dei benefici previsti dalla Legge 05.02.1992, n°.104 e s.m.i.;
- ☐ Figlio/a convivente (cioè residente) oppure con dimora temporanea di cui all'art. 32 del D.P.R. n. 223 del 1989 di persona di soggetto portatore di handicap in situazione di gravità per il quale fruisce dei benefici previsti dalla Legge 05.02.1992, n°.104 e s.m.i.;
- ☐ Fratello/sorella convivente (cioè residente) oppure con dimora temporanea di cui all'art. 32 del D.P.R. n. 223 del 1989 di soggetto portatore di handicap in situazione di gravità per il quale fruisce dei benefici previsti dalla Legge 05.02.1992, n°.104 e s.m.i.;
- ☐ Parente/affine entro il terzo (3°) grado convivente (cioè residente) oppure con dimora temporanea di cui all'art. 32 del D.P.R. n. 223 del 1989 di soggetto portatore di handicap in situazione di gravità per il quale fruisce dei benefici previsti dalla Legge 05.02.1992, n°.104 e s.m.i.(N.B. : **un parente o affine entro il terzo grado convivente della persona disabile in situazione di gravità , è legittimato alla presente richiesta solo nel caso in cui il coniuge convivente / la parte dell'unione civile convivente / il convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della legge n. 76/2016, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle conviventi siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti**);

CHIEDE DI ESSERE AUTORIZZATO/A, AL FINE DI PRESTARE ASSISTENZA AL

FAMILIARE :.....
(nome e cognome)

Residente in Via.....Luogo.....

**ALLA FRUIZIONE DEL SEGUENTE/I PERIODO/I DI CONGEDO STRAORDINARIO
RETRIBUITO :**

DA	GIORNO	MESE	ANNO	A	GIORNO	MESE	ANNO	N. giorni
DA	GIORNO	MESE	ANNO	A	GIORNO	MESE	ANNO	N. giorni
DA	GIORNO	MESE	ANNO	A	GIORNO	MESE	ANNO	N. giorni
DA	GIORNO	MESE	ANNO	A	GIORNO	MESE	ANNO	N. giorni

PER UN TOTALE DI GIORNI :

DICHIARA , inoltre, sotto la propria responsabilità:

- 1) Di **non aver / aver già** usufruito nell'arco della propria vita lavorativa di periodi di congedo straordinario retribuito (art. 42, comma 5 e seguenti, Decreto Legislativo 26.03.2001, n°.151 e s.m.i.) per **n. giorni;**
- 2) Di **non aver / 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 dell'8 marzo 2000) per **n..... giorni;**
- 3) Che altro familiare **non ha / ha già** usufruito nell'arco della propria vita lavorativa di periodi di congedo straordinario retribuito ai sensi dell'art. 42, comma 5 e seguenti , D.L.vo 26.03.2001, n°.151 e s.m.i. per la persona per cui richiede il beneficio in parola per **n.....giorni;**
- 4) Che altro familiare **non ha / ha 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 dell'8 marzo 2000) per la persona per cui richiede il beneficio in parola per **n..... giorni;**

SI IMPEGNA A COMUNICARE IMMEDIATAMENTE :

- qualsiasi variazione, l'eventuale ricovero a tempo pieno della persona per cui richiede il beneficio in parola ed a sospendere, contemporaneamente, il congedo, salvo il caso in cui sia espressamente richiesta, da parte dei sanitari, la propria presenza ad assistere la persona ricoverata, che, comunque, verrà, parimenti, formalmente comunicata a questa Direzione, unitamente alla richiesta dei sanitari;
- che l'Amministrazione ha facoltà di effettuare controlli anche a campione in merito alla veridicità delle autocertificazioni e di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento penale e decadere dai benefici ottenuti.

Si allega:

- Copia conforme all'originale in possesso, o in alternativa dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la propria residenza/dimora temporanea coincidente con quella del familiare per cui viene richiesto il congedo ;
- Copia del documento d'identità.

Distinti saluti

Roma

Firma