

**CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARI CON  
HANDICAP GRAVE**

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

Data \_\_\_\_\_

Alla Direttrice  
Dell'Accademia di Belle Arti di Roma  
Via di Ripetta 222  
Roma

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, codice fiscale  
\_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ dipendente di codesta  
spettabile Amministrazione in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto a tempo  
indeterminato

**CHIEDE**

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,**

**parente o affine entro il terzo grado 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 e ss.mm.ii. per i seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ tot gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ tot gg. \_\_\_\_\_

per assistere il disabile sotto indicato:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nata/o \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_

### **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 retribuiti 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:

dal \_\_\_\_\_ 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 il responsabile la struttura di assegnazione

\_\_\_\_\_

#### **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 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.*

*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.*