

Domanda di congedo straordinario per assistere il **genitore disabile** in condizione di gravità.

Io sottoscritto/a

COGNOME E NOME

.....

LUOGO E DATA DI NASCITA

.....

CODICE FISCALE

COMUNE DI RESIDENZA

.....

.....

INDIRIZZO

.....

STRUTTURA DI APPARTENENZA

.....

QUALIFICA

.....

CHIEDO

di usufruire del congedo straordinario spettante al figlio di persona disabile in situazione di gravità
(art. 42 D. Lgs. n. 151/2001)

Periodi di congedo richiesti:

dal al
dal al
dal al
dal al

DICHIARO:

O di essere convivente con mio/mia padre/madre disabile in situazione di gravità;

O che mio/mia padre/madre disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno;

O che mio/mia padre/madre disabile in situazione di gravità non è coniugato/a, parte di unione civile, convivente di fatto o non convive con il coniuge - parte dell'unione civile (divorzio, separazione legale, abbandono come da documentazione allegata);

OPPURE

O che il coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto, convivente di mio/mia padre/madre disabile in situazione di gravità è:

a) deceduto

(indicare Nome _____ Cognome _____ data e luogo di nascita _____ Comune di residenza _____);

b) mancante¹ (allegare documentazione);

c) affetto da patologia invalidante² (allegare certificazione);

O che i genitori di mio/mia padre/madre disabile in situazione di gravità sono:

a) entrambi deceduti;

b) mancanti (si veda nota n. 2);

c) affetti da patologia invalidante (allegare certificazione);

O che mio/mia padre/madre disabile in situazione di gravità non ha altri figli o non convive con alcuno di essi;

O che mio/mia _____ ha già fruito di congedi retribuiti per lo stesso soggetto disabile in situazione di gravità presso l'Azienda/Ente:

Via _____ n. _____ Città _____

Dal _____ al _____ per complessivi giorni _____

OPPURE

O che nessuno ad oggi ha fruito di giorni di congedo straordinario per assistere la stessa persona disabile in situazione di gravità.

O di aver/di non aver già usufruito di periodi di Congedo non retribuito per gravi e documentati motivi di famiglia ai sensi dell'art. 32 del C.C.N.L. 2006 – 2009, sottoscritto il 16.10.2008, (in conformità a quanto disposto dall'art. 4 della legge n. 53/2000) presso l'Azienda/Ente:

Via _____ n. _____ Città _____

Dal _____ al _____ per complessivi giorni _____

Dal _____ al _____ per complessivi giorni _____

O di avere/non avere già usufruito di congedi retribuiti per il genitore (o per altro soggetto disabile in situazione di gravità) presso l'Azienda/Ente:

¹ Con l'espressione "mancanti" deve intendersi non solo una situazione di assenza naturale e giuridica (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto) ma anche ogni altra condizione ad essa assimilabile (divorzio, separazione legale, abbandono) debitamente certificata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità. Si rimanda alle circolari dell'Inps n. 155/2010 e del Dipartimento della funzione pubblica n. 13/2010. In tali ipotesi "il richiedente dovrà indicare gli elementi necessari per l'individuazione dei provvedimenti, ovvero produrre la dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000."

² Per la definizione delle "patologie invalidanti" si veda **Decreto interministeriale n. 278 del 21 luglio 2000** che individua le seguenti patologie: 1) Patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario. Le predette patologie dovranno essere certificate dal medico specialista del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

via	_____	n.	_____	Città	_____
dal	_____	al	_____	Per giorni:	complessivi _____
dal	_____	al	_____	per giorni:	complessivi _____

Il sottoscritto/a è altresì è consapevole:

1. che durante tale periodo di congedo, ha diritto a percepire un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione ed è coperto da contribuzione figurativa; l'indennità e la contribuzione figurativa spettano fino a un importo complessivo massimo di € 57.038,00 per il congedo di durata annuale, rivalutato annualmente;
2. che tale periodo rientra nella misura massima di 730 giorni nell'arco dell'attività lavorativa tra i familiari che si cumula con il congedo non retribuito per documentati e gravi motivi di famiglia, ai sensi dell'art. 32 del C.C.N.L. del 16.10.2008;
3. che tale agevolazione è richiesta per le necessità legate alla situazione di disabilità del genitore;
4. che il genitore disabile durante i periodi di fruizione del presente congedo non presta alcuna attività lavorativa;
5. che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
6. che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
7. che deve comunicare tempestivamente le eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato ed in particolare comunicare all'Amministrazione l'avvenuto ricovero a tempo pieno del genitore con disabilità grave;
8. delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, ivi compreso quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione

Allega :

- copia del Verbale rilasciato dall'apposita Commissione Medica ASL/INPS attestante lo stato di "disabilità grave", ai sensi della legge n. 104/92, articolo 3 - 3° comma del genitore per il quale si richiedono i benefici (solo in caso in cui la documentazione non sia già in possesso dell'Amministrazione).

Si allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003, come da ultimo modificato dal D. Lgs. 101/2018, dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Perugia,

Firma del richiedente

.....
(Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento).

VISTO: Il Responsabile della Struttura
Per presa conoscenza

.....
(timbro e firma leggibile)