

Oggetto: richiesta congedo straordinario biennale retribuito per assistenza a familiare con handicap grave ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D. Lgs 26 marzo 2001, n. 151 e successive modifiche e integrazioni.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

con rapporto di lavoro a tempo pieno;

con rapporto di lavoro a tempo parziale al \_\_\_\_\_%, con articolazione  orizzontale  verticale  mista

**chiede**

di poter usufruire del congedo retribuito ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 e successive modificazioni ed integrazioni, nei seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;                      dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;                      dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;                      dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

per assistere il/la proprio/a  coniuge o convivente L. n. 76/2016 o parte unione civile,  figlio,  genitore,  
 fratello/sorella,  altro parente/affine fino al terzo grado (indicare parentela) \_\_\_\_\_\*

Sig./ra \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

A tal fine, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

**dichiara**

che il parente da assistere è stato riconosciuto in condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 con verbale del \_\_\_\_\_ dell'INPS di \_\_\_\_\_ che si allega;

di prestare assistenza continuativa ed esclusiva al parente da assistere;

che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria;

di essere convivente con il parente da assistere (ovvero di avere insieme residenza e coabitazione come da circolare 01/2012 FP);

ovvero con riferimento ai periodi richiesti, di avere dimora temporanea presso la residenza dell'assistito/a in quanto iscritto/a nello schedario della popolazione temporanea ai sensi dell' art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223 del Comune di \_\_\_\_\_;

che il proprio parente ha assunto, per i periodi richiesti, la dimora temporanea presso la residenza del/la sottoscritto/a in quanto è iscritto nello schedario della popolazione temporanea del Comune di \_\_\_\_\_ ai sensi dell' art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223;

che nei su indicati periodi di assenza nessun altro familiare dell'assistito/a fruisce del medesimo congedo retribuito;

che la situazione familiare del proprio parente disabile è la seguente (da compilare qualora non si alleggi lo stato di famiglia o si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**non è coniugato, unito civilmente ovvero convivente l.76/16, ovvero che il coniuge (o parte unione civile o convivente l.76) dell'assistito/a, Sig./ra \_\_\_\_\_**

è mancante perché \_\_\_\_\_

è affetto da patologie invalidanti (allegare certificazione\*);

**che il genitore (padre) dell'assistito/a Sig./ra \_\_\_\_\_**

è mancante perché \_\_\_\_\_

è affetto da patologie invalidanti (allegare certificazione\*);

**che il genitore (madre) dell'assistito/a Sig./ra \_\_\_\_\_**

è mancante perché \_\_\_\_\_

è affetto da patologie invalidanti (allegare certificazione\*);

**che il parente da assistere: (da compilare nel caso si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge)**

**non ha altri parenti prossimi conviventi**

**ha i seguenti parenti prossimi conviventi:**

- Sig./ra \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_

è affetto/a da patologie invalidanti (allegare certificazione\*)

non è lavoratore/ricce dipendente

è lavoratore/ricce dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda:

\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_;

- Sig./ra \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_

è affetto/a da patologie invalidanti (allegare certificazione\*)

non è lavoratore/ricce dipendente

è lavoratore/ricce dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda:

\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_;

Che il/la sottoscritto/a, presso questa amministrazione ovvero presso altri datori di lavoro pubblici e/o privati

**per il familiare in parola:**

ha già fruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo retribuito

ha già fruito di n. \_\_\_\_\_ giorni del congedo non retribuito per gravi e documentati motivi familiari  
(art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53)

**per altri familiari** (indicare relazione di parentela e cognome e nome)

- Sig./ra \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_

ha già fruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo retribuito

ha già fruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari  
(art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53);

Dichiaro altresì di impegnarsi a comunicare ogni variazione della situazione di fatto e di diritto dichiarata con la presente domanda.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegare documento di identità in corso di validità e *copia fotostatica del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente Commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL.*