

**CONGEDO BIENNALE INDENNIZZATO PER ASSISTENZA FAMILIARI CON
HANDICAP GRAVE**

AL DIRIGENTE DEL SETTORE

E AL DIRIGENTE DEL SETTORE RISORSE UMANE

SEDE

Il/La sottoscritto/a _____ dipendente del Comune
di Rende con il profilo professionale di _____ Cat. _____

con contratto a tempo: ☐ determinato ☐ indeterminato
☐ part-time ☐ full-time

in servizio presso il Settore _____

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

CHIEDE

di essere ammesso a 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 assistere il disabile sotto indicato:

Cognome _____ Nome _____ nato/a a
_____ il ____/____/____ e residente a
_____ via _____

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 ☐ usufruirà ☐ non usufruirà dei permessi nello stesso mese, seppur non negli stessi giorni)

☐ 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)

Il/La sottoscritto/a 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).

Data _____

Il/La dipendente _____

SI ALLEGA:

☐ 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)

☐ Fotocopia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale (anche del familiare disabile)