



Al Dirigente Responsabile del :

(P.O. o DSB di competenza)

Al Direttore dell'U.O. di:

(responsabile dell'U.O. di appartenenza)

OGGETTO: RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO AI SENSI ART. 42, C. 5 D.LGS N. 151/2001 E S.M.I..

IL/LA SOTTOSCRITT _____ DIPENDENTE DI CODESTA A.S.P.

() CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO ; () CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO

() FULL TIME ; () PART TIME

CON LA QUALIFICA DI _____ MATR.N. _____ PRESSO L'U.O. DI _____ () P.O. DI : _____ () DSB DI : _____ ()
DIPARTIMENTO DI _____, CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE DEL CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO AI SENSI ART.42,C.5 D.LGVO N. 151/2001 E S.M.I,PER IL PERIODO DAL _____ AL _____ TOTALI GIORNI _____, AL FINE DI ASSISTERE IL SIG. _____, GRADO DIPARENTELA _____ PERSONA GRAVEMENTE DISABILE, AI SENSI L. 104/92, CON NECESSITA' DI ASSISTENZA CONTINUA E PERMANENTE, NON RICOVERATO A TEMPO PIENO.

La decorrenza del periodo di congedo deve essere indicata tenendo conto che l'Azienda si esprimerà entro 60 gg dal ricevimento della presente (ai sensi dell'art.42, comma 5 D.Legs 151/01).

Dichiara di essere stato Autorizzato a fruire dei benefici L.104/92 per il predetto Sig. _____ con delibera/determina n. _____ del _____.

A TAL FINE, ALLEGA:

- DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' (ALLEGATO "A")
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE LA RESIDENZA E LA CONVIVENZA CON IL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP NONCHE' LO STATO DI FAMIGLIA (ALLEGATO "B")
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ALLEGATO "C")
- PROPRIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E DOCUMENTO DELLA PERSONA CON HANDICAP
- VERBALE COMMISSIONE MEDICA L.104/92 (IN COPIA AUTENTICATA "LEGGE BASSANINI")
- RECAPITO TELEFONICO _____ E Mail _____

Il sottoscritto dà atto che le uniche cause di assenza dal servizio che possono interrompere il congedo straordinario sono la malattia e la maternità.

_____, LI' _____ FIRMA _____

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA AI SENSI D.LGS N.196/2003 L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO AL TRATTAMENTO DI DATI FORNITI CON LA PRESENTE ISTANZA O FORNITI SUCCESSIVAMENTE NEL CORSO DEL PROCEDIMENTO FINALIZZATO ALLA CONCESSIONE DEL BENEFICIO RICHIESTO. E' CONSAPEVOLE CHE DETTI DATI POTRANNO ESSERE FORNITI AD AMMINISTRAZIONI O ENTI PUBBLICI NONCHÉ ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA E DI POLIZIA, PER LE FINALITA' ED I CONTROLLI PREVISTI DALLA VIGENTE NORMATIVA.

_____, LI' _____ FIRMA _____

=====
Parenti di primo grado - Figli e genitori (linea retta) **Parenti di secondo grado** - Fratelli e sorelle; linea collaterale: sorella, padre (non si conta), sorella. - Nipoti e nonni; linea retta: nipote, padre, nonno (non si conta). **Parenti di terzo grado**: - Nipote e zio; linea collaterale: nipote, padre, nonno (non si conta - zio). - Bisnipote e bisnonno; linea retta: bisnipote, padre, nonno, bisnonno (non si conta). **Affini di primo grado** - Suocero e genero (in quanto la moglie è parente di primo grado con il proprio padre), suocero e nuora **Affini di secondo grado** - marito e fratello della moglie (in quanto la moglie è parente di secondo grado con il proprio fratello), etc. **Affini di terzo grado** - zio del marito rispetto alla moglie (lo zio è parente di terzo grado rispetto al marito-nipote), zia della moglie rispetto al marito ecc..
=====



ALLEGATO "A"

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

(Resa ai sensi D.P.R. 445/2000)

AL FINE DI USUFRUIRE DEL CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO AI SENSI ART. 42, C.5, D.LGS. N. 151/2001 E S.M.I. PER ASSISTERE IN MANIERA CONTINUATIVA E PERMANENTE IL SIG. _____, GRADO DI PARENTELA _____ AFFETTO DA HANDICAP GRAVE, AI SENSI L.104/92, IL SOTTOSCRITTO _____ (MATR. N. _____) DIPENDENTE DI DELL'ASP DI AGRIGENTO IN QUALITA' DI _____ IN SERVIZIO PRESSO L'U.O. _____, () P.O. DI _____ () DSB DI _____ () DIPARTIMENTO DI: _____ CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVE, CIVILI E PENALI NELLE QUALI INCORRE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI,

DICHIARA

DI ESSERE AVENTE DIRITTO AL CONGEDO DI CHE TRATTASI NELLA SUA QUALITA' DI:

(BARRARE I PUNTI CHE INTERESSANO ALLEGANDO APPOSITA AUTOCERTIFICAZIONE PER LE DICHIARAZIONI RESE).

1. **CONIUGE CONVIVENTE** DELLA PERSONA GRAVEMENTE DISABILE;
2. **GENITORE**, NATURALE O ADOTTIVO O AFFIDATARIO, DEL PORTATORE DI HANDICAP GRAVE NEL CASO IN CUI SI VERIFICHINO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

RIQUADRO A)

- **In caso di mancanza del coniuge convivente** _____ del disabile (specificare i motivi _____);
- **In caso di decesso del coniuge convivente** _____ del disabile (indicare data e luogo di nascita _____ e data e luogo del decesso _____);
- **In caso di patologie invalidanti** (a norma dell'art.2 D.M. n.278/2000) del coniuge convivente _____ del disabile (produrre documentazione sanitaria).
- Il figlio portatore di handicap grave è non convivente con il richiedente. In questo caso occorre produrre documentazione sanitaria da cui si evinca che il richiedente presta al disabile assistenza continuativa ed esclusiva.
- Il figlio portatore di handicap grave è convivente. L'altro genitore - del soggetto portatore di handicap grave - Sig. _____ svolge attività lavorativa presso _____ di _____

RIQUADRO B)

- *IL FIGLIO AFFETTO DA HANDICAP GRAVE E' MINORENNE (LA CONVIVENZA NON E' NECESSARIA E SI USUFRUISCE DEL CONGEDO ANCHE SE L'ALTRO CONIUGE NON LAVORA)*
3. **FIGLIO CONVIVENTE** CON LA PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE, IN CASO SI VERIFICHINO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:
 - **Mancanza del coniuge convivente** _____ del disabile (specificare i motivi _____);



- **Decesso del coniuge convivente** _____ del disabile (indicare data e luogo di nascita _____ e data e luogo del decesso _____);
- **Patologie invalidanti** (a norma dell'art.2 D.M. n.278/2000) del coniuge convivente _____ del disabile (produrre documentazione sanitaria).
- **Mancanza dei genitori conviventi** _____ del disabile (specificare i motivi _____);
- **Decesso dei genitori conviventi** _____ del disabile (indicare data e luogo di nascita _____ e data e luogo del decesso _____);
- **Patologie invalidanti** (a norma dell'art.2 D.M. n.278/2000) dei genitori conviventi _____ del disabile (produrre documentazione sanitaria).

4. **FRATELLI O SORELLE CONVIVENTI** CON IL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE, IN CASO SI VERIFICHINO LE SEGUENTI CONDIZIONI:

- **Mancanza del coniuge convivente** _____ del disabile (specificare i motivi _____);
- **Decesso del coniuge convivente** _____ del disabile (indicare data e luogo di nascita _____ e data e luogo del decesso _____);
- **Patologie invalidanti** (a norma dell'art.2 D.M. n.278/2000) del coniuge convivente _____ del disabile (produrre documentazione sanitaria).
- **Mancanza dei genitori conviventi** _____ del disabile (specificare i motivi _____);
- **Decesso dei genitori conviventi** _____ del disabile (indicare data e luogo di nascita _____ e data e luogo del decesso _____);
- **Patologie invalidanti** (a norma dell'art.2 D.M. n.278/2000) dei genitori conviventi _____ del disabile (produrre documentazione sanitaria).
- **Mancanza dei figli conviventi** _____ del disabile (specificare i motivi _____);
- **Decesso dei figli conviventi** _____ del disabile (indicare data e luogo di nascita _____ e data e luogo del decesso _____);
- **Patologie invalidanti** (a norma dell'art.2 D.M. n.278/2000) dei figli conviventi _____ del disabile (produrre documentazione sanitaria).

5. **PARENTE/AFFINE ENTRO IL 3° GRADO CONVIVENTE** DEL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE E PIU' NELLO SPECIFICO _____ (INDICARE GRADO DI PARENTELA) NEL CASO DI:

- **Mancanza del coniuge convivente** _____ del disabile (specificare i motivi _____);
- **Decesso del coniuge convivente** _____ del disabile (indicare data e luogo di nascita _____ e data e luogo del decesso _____);
- **Patologie invalidanti** (a norma dell'art.2 D.M. n.278/2000) del coniuge convivente _____ del disabile (produrre documentazione sanitaria).
- **Mancanza dei genitori conviventi** _____ del disabile (specificare i motivi _____);
- **Decesso dei genitori conviventi** _____ del disabile (indicare data e luogo di nascita _____ e data e luogo del decesso _____);



- **Patologie invalidanti** (a norma dell'art.2 D.M. n.278/2000) dei genitori conviventi _____ del disabile (produrre documentazione sanitaria).
- **Mancanza dei figli conviventi** _____ del disabile (specificare i motivi _____);
- **Decesso dei figli conviventi** _____ del disabile (indicare data e luogo di nascita _____ e data e luogo del decesso _____);
- **Patologie invalidanti** (a norma dell'art.2 D.M. n.278/2000) dei figli conviventi _____ del disabile (produrre documentazione sanitaria).
- **Mancanza dei fratelli conviventi** _____ del disabile (specificare i motivi _____);
- **Decesso dei fratelli conviventi** _____ del disabile (indicare data e luogo di nascita _____ e data e luogo del decesso _____);
- **Patologie invalidanti** (a norma dell'art.2 D.M. n.278/2000) dei fratelli conviventi _____ del disabile (produrre documentazione sanitaria).

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA ALTRESI':

- DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO, DELLA DURATA COMPLESSIVA DI ANNI 2, POTRA' ESSERE FRUITO INTEGRALMENTE O FRAZIONATAMENTE.

IN QUEST'ULTIMO CASO, NON SI ESCLUDONO IL SABATO E LA DOMENICA;

- CHE, PRECEDENTEMENTE, NELL'AMBITO DEL PRESENTE RAPPORTO DI LAVORO O DI PRECEDENTI RAPPORTI DI LAVORO, HA FRUITO DEL CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO NEI SEGUENTI PERIODI:

DAL _____ AL _____ TOTALI GIORNI _____ C/O _____

DAL _____ AL _____ TOTALI GIORNI _____ C/O _____

DAL _____ AL _____ TOTALI GIORNI _____ C/O _____

DAL _____ AL _____ TOTALI GIORNI _____ C/O _____

SOLO PER I GENITORI DI FIGLI AFFETTI DA HANDICAP

- DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL CONGEDO PUO' ESSERE FRUITO ALTERNATIVAMENTE DAL PADRE O DALLA MADRE PER UN PERIODO COMPLESSIVO DI ANNI 2.

- DICHIARA CHE L'ALTRO GENITORE DEL SOGGETTO AFFETTO DA HANDICAP GRAVE HA FINORA FRUITO DEL CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO NEI PERIODI SOTTO INDICATI:

DAL _____ AL _____ TOTALI GIORNI _____ C/O _____

DAL _____ AL _____ TOTALI GIORNI _____ C/O _____

DAL _____ AL _____ TOTALI GIORNI _____ C/O _____



DAL _____ AL _____ TOTALI GIORNI _____

PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI GIORNI _____

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A COMUNICARE LE EVENTUALI VARIAZIONI DELLE NOTIZIE E DELLE SITUAZIONI DICHIARATE CON LA PRESENTE.

_____, LI' _____ FIRMA _____



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIO

(resa ai sensi dell' art. 47 Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa n. 445/2000).

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____ dipendente dell'Azienda
Sanitaria Provinciale di Agrigento, () Presidio Ospedaliero di _____, () DSB di
_____ () DIPARTIMENTO DI: _____ c/o
U.O. _____ in qualita di _____ presa conoscenza che, in
caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, si applicheranno le sanzioni penali di cui all' art. 76 del
vigente Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione
amministrativa e decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base
delle dichiarazione non veritiera, al fine di usufruire del congedo biennale retribuito ai sensi dell' art. 42
c.5.D.Lgs.151/ 91 e s. m. i.

DICHIARA

Che il proprio familiare, Sig. _____ grado di parentela _____ risiede e
convive in via _____ n. _____ Comune _____ con il sottoscritto nonché
con i seguenti familiari:

Table with 2 columns: NOMINATIVO, GRADO DI PARENTELA. It contains 5 empty rows for listing family members.

_____ Li _____

FIRMA _____

Il Sottoscritto autorizza ai sensi D. Lgs. N. 196/2003 l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento al trattamento di dati
forniti con la presente istanza o forniti successivamente nel corso del procedimento finalizzato alla concessione del
beneficio richiesto. E' consapevole che detti dati potranno essere forniti ad amministrazione o enti pubblici nonché
all'autorità giudiziaria e di polizia, per le finalità ed i controlli previsti dalla vigente normativa.

_____, LI' _____

FIRMA _____



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46, D.P.R. 28/12/2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a (Matr. N. _____) nato/a il a

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA QUANTO SEGUE

- che il disabile sig. _____ non è ricoverato a tempo pieno;
- che non vi è nessun'altro familiare convivente con la persona disabile di cui sopra, lavoratore dipendente, che usufruisca del congedo straordinario Art.42 C.5 D.Legs 151/2001 per assistere la stessa persona disabile.;
- che non vi è nessun'altro familiare della persona disabile di cui sopra, lavoratore dipendente, che usufruisce dei benefici L.104/92 per assistere la medesima persona disabile.

Al fine di consentire i necessari controlli a codesta Amministrazione, dichiara che i familiari conviventi dell'assistito ed alle dipendenze c/o altri enti o aziende sono i seguenti:

- Sig. _____ grado di parentela _____
dipendente c/o _____ Via _____ N. ____ Città _____
- Sig. _____ grado di parentela _____
dipendente c/o _____ Via _____ N. ____ Città _____
- Sig. _____ grado di parentela _____
dipendente c/o _____ Via _____ N. ____ Città _____
- Sig. _____ grado di parentela _____
dipendente c/o _____ Via _____ N. ____ Città _____

Si allega copia fotostatica di documento di identità.

(di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento penale e decadere da eventuali benefici ottenuti)

Li _____ IL DICHIARANTE _____

N.B. Il/La Sottoscritto/a autorizza ai sensi della legge 675/96 l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento al trattamento di dati forniti con la presente Istanza o forniti successivamente nel corso del procedimento finalizzato alla concessione del Beneficio Richiesto.

E' consapevole che detti dati potranno essere forniti ad Amministrazioni o Enti Pubblici nonché all'Autorità Giudiziaria e di Polizia, per le finalità e i controlli previsti dalla vigente normativa.

Li _____ IL DICHIARANTE _____