



**Allegato 4**

**DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO  
(art.42, comma 5, d.lgs. 26 marzo 2001, n.151)**

Il/La sottoscritto/a.....matricola n....., tel.....  
in servizio presso .....

**Chiede**

ai sensi dell'art. 42, comma 5, del d.lgs. n.151/2001 di poter fruire di un periodo di congedo straordinario retribuito per assistere  il fratello  la sorella sig./ra ..... nato/a ..... prov. .... il .....C.F..... in situazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 5 febbraio 1992:

dal.....al.....

dal.....al.....

dal.....al.....

dal.....al.....

A tal fine il/la sottoscritt..., consapevole, ai sensi dell'art. 76 del d.p.r. n. 445 del 28 dicembre 2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

**Dichiara**

1. di essere convivente con il/la fratello/sorella<sup>1</sup>;
2. che il soggetto da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992;
3. che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
4. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di giorni pari a.....;
5. di aver fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni pari a.....;
6. che il soggetto da assistere:

<sup>1</sup> Il requisito della convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica ovvero, in caso contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la propria dimora temporanea presso la residenza dell'altro e quindi risulti iscritto, ai sensi dell'art.32 del d.p.r. n.223 del 30 maggio 1989, nello schedario della popolazione temporanea del comune.



Area Risorse e Sistemi

Settore Personale e Sviluppo Organizzativo

Unità Organizzativa Personale Tecnico Amministrativo e Dirigenti

non è coniugato;  
ovvero che il coniuge del disabile:

- è mancante<sup>2</sup>;
- è deceduto;
- non è lavoratore dipendente*;
- è affetto da patologie invalidanti<sup>3</sup>;

7. che i genitori del disabile sono entrambi mancanti ovvero deceduti ovvero affetti da patologie invalidanti;

8. che il soggetto in situazione di disabilità grave non ha figli;

9. che i figli del soggetto disabile sono mancanti ovvero sono affetti da patologie invalidanti;

10. che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave hanno già fruito del predetto congedo - i seguenti familiari:

il coniuge (nome..... cognome.....  
C.F.....dipendente presso  
.....) per n..... giorni;

il genitore  
(nome.....cognome.....  
C.F..... dipendente presso  
.....) per n..... giorni;

figli conviventi (nome.....  
cognome.....C.F.....  
dipendente presso .....) per n....giorni;

i fratelli e le sorelle (nome.....  
cognome..... C.F.....  
dipendente presso .....) per n.....giorni;

---

<sup>2</sup> Tale condizione ricorre se il disabile è separato legalmente, divorziato ovvero è coniugato ma si trova in situazione di abbandono accertata dall'autorità giudiziaria.

<sup>3</sup> L'art. 2 del dpcm n.278 del 21 luglio 2000 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." La documentazione medica attestante le predette patologie può essere rilasciata 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.



Area Risorse e Sistemi

Settore Personale e Sviluppo Organizzativo

Unità Organizzativa Personale Tecnico Amministrativo e Dirigenti

11. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario non retribuito "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell'8 marzo 2000) nell'arco della propria vita lavorativa per n.....giorni;
12. che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
13. che il soggetto disabile è un minore ricoverato a tempo pieno e necessita di assistenza ( allegare documentazione sanitaria);
14. che il disabile è ricoverato in stato vegetativo persistente e/o in situazione terminale;
15. che il disabile è ricoverato ma deve recarsi al di fuori della struttura sanitaria per effettuare prestazioni specialistiche;
16. che il soggetto disabile è ricoverato ma la struttura sanitaria ha richiesto l'assistenza del familiare;
17. 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.

Firma .....

***Informativa sul trattamento dei dati personali  
(art.13 del d.lgs. n.196 del 30 giugno 2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali)***

L'Amministrazione, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati raccolti con le presenti dichiarazioni saranno trattati nel rispetto delle norme contenute nel Codice, della legge e dei regolamenti al fine di espletare la funzione in materia amministrativa su base sanitaria. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare l'impossibilità o ritardi nella definizione del procedimento che la riguarda.