



CONGEDO PER LA CURA DI FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE (cod. SiRP N.209)

_____ sottoscritt _____
(nome) (cognome)

cod. fiscale _____ in servizio presso _____

in regime a tempo pieno a tempo parziale (1)

PREMESSO

di essere: coniuge convivente genitore fratello/sorella convivente figlio/a convivente
 parente di 2° grado convivente parente di 3° grado convivente affine di 2° grado convivente affine di 3° grado convivente

del sig. _____ nato a _____
(nome) (cognome)

_____ il _____ cod. fiscale _____

il quale risulta affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 4 comma 1, della legge 104/92.

CHIEDE

di usufruire del congedo retribuito di cui all'art. 42. c.5, del D.Lgs. 26 marzo 2001, n°151, e s.m.i. , a decorrere dal giorno ____ / ____ / _____ e fino al giorno ____ / ____ / _____ per complessivi gg ____.

A tal fine allega certificato rilasciato dalla ASL o dall'INPS attestante il riconoscimento della connotazione di gravità dell'handicap di cui al c. 3 dell'art. 3 della L.104/1992.

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/200 dichiara:

- che il familiare sopra indicato:

() non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati

() è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati e, come da allegata certificazione, è stata prescritta la presenza da parte del sottoscritto

- che i principali aventi diritto al congedo non lo hanno richiesto in quanto:

- il/la sig./sig.ra _____, coniuge convivente / genitore / figlio convivente / fratello - sorella convivente / parente di 2° grado convivente / parente di 3° grado convivente / affine di 2° grado convivente / affine di 3° grado convivente, nato/a _____ () il ____/____/_____

() è mancante () è deceduto a _____ il ____/____/_____ () è affetto da patologia invalidante⁽²⁾
 - il/la sig./sig.ra _____, coniuge convivente / genitore / figlio convivente / fratello - sorella convivente / parente di 2° grado convivente / parente di 3° grado convivente / affine di 2° grado convivente / affine di 3° grado convivente, nato/a _____ () il ____/____/_____

() è mancante () è deceduto a _____ il ____/____/_____ () è affetto da patologia invalidante⁽²⁾
 - il/la sig./sig.ra _____, coniuge convivente / genitore / figlio convivente / fratello - sorella convivente / parente di 2° grado convivente / parente di 3° grado convivente / affine di 2° grado convivente / affine di 3° grado convivente, nato/a _____ () il ____/____/_____

() è mancante () è deceduto a _____ il ____/____/_____ () è affetto da patologia invalidante⁽²⁾

- il/la sig./sig.ra _____, coniuge convivente / genitore / figlio convivente / fratello - sorella convivente / parente di 2° grado convivente / parente di 3° grado convivente / affine di 2° grado convivente / affine di 3° grado convivente, nato/a _____ () il ____/____/_____

(2)

() è mancante () è deceduto a _____ il ____/____/____ () è affetto da patologia invalidante⁽²⁾
 - il/la sig./sig.ra _____, coniuge convivente / genitore / figlio
 convivente / fratello - sorella convivente / parente di 2° grado convivente / parente di 3° grado convivente / affine di
 2° grado convivente / affine di 3° grado convivente, (2)

nato/a _____ (_____) il ____/____/____

() è mancante () è deceduto a _____ il ____/____/____ () è affetto da patologia invalidante

· che, durante il periodo di congedo richiesto, nessun altro avente diritto ha richiesto di astenersi dal lavoro
 medesimo né usufruirà dei permessi di cui all'art. 33, c. 3, della L. 104/1992 e di cui all'art. 42 c. 2, del D. Lgs. n.
 151/2001;

· di aver già fruito, nel corso della propria vita lavorativa, dei seguenti periodi di congedo per motivi di famiglia e
 di studio _____

e di non aver, pertanto, superato il limite di due anni del congedo stesso;

· che, per il predetto familiare, sono già stati richiesti, da parte dei seguenti familiari lavoratori, compreso il
 sottoscritto, i seguenti periodi del congedo in questione:

Cognome e Nome	Grado di Parentela	Nome Azienda	Periodi di congedo fruiti	Indirizzo Azienda

e che pertanto non è stata superata la durata massima complessiva, pari a due anni così come previsto dall'art. 42, c.
 5bis, D.Lgs. 151/01;

· di essere a conoscenza delle condizioni previste per la fruizione del congedo richiesto.

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a:

1. comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue
 la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
2. presentare dichiarazione a cadenza annuale che da parte della ASL/INPS non si è provveduto
 a revoche, rettifiche o modifiche circa il giudizio sulla connotazione di gravità, nonché a comunicare
 tempestivamente eventuali variazioni dei presupposti per la fruizione o la documentazione dei
 permessi stessi (circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n.13/2010, punto 7).

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 il sottoscritto:

- sottoscrive la presente domanda e allega copia fotostatica del proprio documento di identità
- sottoscrive la presente istanza dinanzi al dipendente addetto , previo accertamento della propria
 identità

Data _____

Firma _____

Il Dipendente addetto _____

VISTO: Il Responsabile della struttura: _____

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.03, recante norme sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi Napoli Federico II, titolare del trattamento. I dati degli interessati saranno trattati dalla Amministrazione ai sensi del Regolamento d'Ateneo di attuazione del codice di protezione dei dati personali utilizzati dall'Università ed ai sensi del Regolamento d'Ateneo per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, emanati rispettivamente con D.R. n.5073 del 30.12.05 e con D.R. n.1163 del 22.03.06.
 All'interessato competono i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03