Forestas
Agentzia forestale regionale pro s'isvilupu de su territòriu e de s'ambiente de sa Sardigna
Agenzia forestale regionale per lo sviluppo del territorio e dell'ambiente della Sardegna

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

CONGEDO PER ASSISTERE FIGLIO/AFFIDATO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE

(Art. 42, comma 5, L. 151/2001)

Io sottoscritt_____(matricola n._____), nat_ a_____il_/_____/_____, residente anagraficamente (come risulta da certificato di residenza) a_____(__) in Via/Piazza_____n°__, e abitante di fatto a_____(__) in Via/Piazza_____n°__, C.F._____, in servizio presso _____ _____, Sede_____, tel. uff._____, tel. ab._,e-mail _____,

con rapporto di lavoro: ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale

C H I E D O

di usufruire del congedo per assistere il figlio/affidato portatore di handicap in situazione di gravità (art 42 comma 5 D.lgs. 151/2001) e della relativa indennità per il seguente periodo:

dal _____al _____ dal _____al _____
dal _____al _____ dal _____al _____
dal _____al _____ dal _____al _____
dal _____al _____ dal _____al _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei rapporti con la pubblica amministrazione si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 della legge 28 dicembre 2000, n. 445, con decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

D I C H I A R O

DATI DEL FIGLIO O AFFIDATARIO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE

che il portatore di handicap, per il quale si richiede il congedo straordinario, di nome _____, C.F. _____ è nat_ a _____, il _____/_____/_____ ed è residente anagraficamente (come risulta da certificato di residenza) a _____(__), in Via/Piazza _____n°__ e abitante di fatto a _____(__) in Via/Piazza _____ n°_____

❑ che il suddetto portatore di handicap è per il sottoscritto:
- ☐ figlio naturale
- ☐ figlio adottivo (provvedimento n°_____ del ___/___/___ del tribunale di _____)
- ☐ affidato (provvedimento n°_____ del ___/___/___ del tribunale di _____)

❑ che il figlio/affidato
- ☐ non è ricoverato a tempo pieno
- ☐ è ricoverato a tempo pieno, ma è richiesta dai sanitari la mia presenza (allego certificato struttura)

❑ che il figlio/affidato
- ☐ non è lavoratore
- ☐ lavora presso _____,ma non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo richiesti

,

- ❑ che il figlio/affidato è in stato di handicap in situazione di gravità (art.3, c. 3, L.104/92) accertato dalla competente Commissione (art. 4, c.1, L. 104/1992) di_____in data___/___/_____
- ❑ la certificazione rilasciata dalla suddetta Commissione attestante che il familiare è in situazione di handicap grave è ☐ definitiva ed è valida ☐ permanentemente
  ☐ provvisoria ☐ fino al ____/____/_____
- ❑ che dalla data di emissione della suddetta certificazione di cui sopra, il giudizio sulla gravità dell'handicap non è stato revocato o modificato
- ❑ che **il coniuge_____del portatore di handicap, nato a_____il__/__/____,** è:
  - ☐ deceduto
  - ☐ mancante: **il disabile ◊non è coniugato ◊è divorziato *(documentare)* ◊è separato legalmente *(documentare)***
  - ☐ affetto da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del D.interm. 278/2000 ***(presentare certificazione del medico specialista SSN)***

DATI DEL SOTTOSCRITTO (GENITORE O AFFIDATARIO RICHIEDENTE)

- ❑ di aver già fruito del congedo retribuito oggetto della presente istanza per lo stesso soggetto o per altri familiari:
  - ☐ per giorni 0
  - ☐ per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente dell'Amministrazione regionale
  - ☐ per giorni in qualità di lavoratore dipendente presso _____, dove ho prestato servizio prima dell'assunzione alla Regione;
- ❑ di aver già fruito di congedi NON retribuiti per "gravi e documentati motivi familiari" art.4, comma 2, L.53/2000):
  - ☐ per giorni 0
  - ☐ per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente dell'Amministrazione regionale
  - ☐ per giorni in qualità di lavoratore dipendente presso _____, dove ho prestato servizio prima dell'assunzione alla Regione

DATI DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

che l'altro genitore/affidatario _____, nat_ a _____, il ___/___/____:

- ❑ è deceduto
- ❑ è mancante (genitore solo/affidamento esclusivo: documentare)
- ❑ non ha diritto a fruire del congedo in quanto è _____
- ❑ lavora presso (indicare datore di lavoro e sede) _____
- ❑ non ha mai usufruito del congedo oggetto della presente istanza
- ❑ ha già fruito di n.____ giorni del congedo suddetto
- ❑ nei giorni di cui alla presente istanza non fruirà del congedo in argomento né delle due ore di permesso giornaliero retribuito (art. 33 comma 2, L.104/1992) né dei tre giorni di permesso retribuito (art. 33 comma 3, L.104/1992) né del prolungamento del congedo parentale (art. 33, comma 1, D.lgs 151/2001)

DATI ALTRI FAMILIARI

- ❑ che ad oggi altri lavoratori (ad esclusione dell'altro genitore/affidatario, per il quale valgono le dichiarazioni rese nel quadro precedente) per assistere il figlio/affidato:
  - ☐ non hanno mai usufruito del congedo oggetto della presente istanza
  - ☐ hanno già usufruito di n._____ giorni del congedo suddetto (nome, cognome, rapporto di parentela fruitore _____, datore di lavoro e sede _____ _____)
- ❑ che a nessun altro lavoratore, ad eccezione dell'altro genitore/affidtario, è riconosciuto il diritto di fruire del congedo in argomento e dei permessi di cui all'art. 33, comma 3 della L.104/1992 per l' assistenza al portatore di handicap

DATA_____ **FIRMA RICHIEDENTE _____**

Dichiarazione sottoscritta in presenza del dipendente addetto o presentata unitamente a copia documento di identità

UFFICIO_____ **ADDETTO _____**

A L L E G A T I

- ❑ **Copia certificazione rilasciata dalla competente Commissione attestante la situazione di handicap grave**
- ❑ **Documento di identità del sottoscritto**
- ❑ **Altro: _____**