



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



*Al Servizio per il Reclutamento e
Gestione del Personale della Scuola
Ufficio rapporto di lavoro e
gestione del personale della scuola
Tramite PITre*

RICHIESTA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO

(Art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001)

IL SOTTOSCRITTO COGNOME _____ NOME _____ MATR. _____

DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DAL ____/____/____

DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO DAL ____/____/____ AL ____/____/____

NEL PROFILO DI _____

IN SERVIZIO PRESSO _____

IN UTILIZZO PRESSO _____

CON ORARIO DI LAVORO A:

TEMPO PIENO

TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE _____ ORE SETTIMANALI

TEMPO PARZIALE VERTICALE ANNUALE _____ ORE SETTIMANALI (CON PRESTAZIONE LAVORATIVA NEI MESI DI _____)

TEMPO PARZIALE VERTICALE _____ ORE SETTIMANALI (CON PRESTAZIONE LAVORATIVA NEI GIORNI DI _____)

IN QUALITÀ DI FRATELLO/SORELLA DI PERSONA CON GRAVE DISABILITÀ, AI SENSI DELL'ART. 3, COMMA 3, DELLA LEGGE 104/92,

CHIEDE

DI USUFRUIRE DEL CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER ASSISTENZA AL FRATELLO/SORELLA

_____ NATO/A A _____ IL

_____/_____/_____

PER I PERIODI:

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al

a supporto della richiesta, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA:

- di avere la medesima residenza con il/la proprio/a fratello/sorella, ovvero di avere la residenza nello stesso stabile e al medesimo numero civico con lo/la stesso/a, così come risulta dallo stato famiglia così composto:

cognome e nome	grado di parentela

- che il/la fratello/sorella assistito/a non è coniugato/a;

OVVERO (in alternativa):

- che è coniugato con il/la sig./sig.ra _____ ma non convive con il coniuge o con la parte dell'unione civile;

- che in caso di convivenza:

- il coniuge/la parte dell'unione civile non svolge attività lavorativa;
- il coniuge/la parte dell'unione civile è lavoratore autonomo;
- il coniuge/la parte dell'unione civile è lavoratore dipendente presso _____ e che lo stesso ha rinunciato alla fruizione del congedo nei periodi sopraindicati;

- che il coniuge **convivente**, la parte dell'unione civile **convivente**, entrambi i genitori ed i figli **conviventi** del disabile in situazione di gravità sono mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti. Allega la seguente documentazione _____;

- che i genitori o i figli o gli altri fratelli/sorelle non hanno mai usufruito del congedo straordinario per assistenza al medesimo soggetto;

OVVERO (in alternativa):

- che hanno già usufruito, complessivamente, di n. giorni _____ di congedo straordinario per assistenza al medesimo soggetto;

- di aver usufruito, per l'assistenza al/alla fratello/sorella, dei seguenti periodi di aspettativa non retribuita per gravi ragioni personali:

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al

- di aver usufruito, per il/la fratello/sorella, dei seguenti periodi di congedo straordinario presso altro datore di lavoro (No PAT):

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al

- di aver fruito, successivamente al periodo di congedo straordinario richiesto in precedenza, **solo nel caso in cui non si fosse ripresa l'attività lavorativa**, delle seguenti giornate:

_____ di permesso,
ai sensi dell'articolo 33, comma 3 della Legge 104/92;

_____ di assenza
dal servizio a diverso titolo (ferie, permessi non retribuiti, permessi retribuiti, ecc.);

- che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno in ospedale o in strutture di assistenza;
- che l'assistito non svolge attività lavorativa;
- di essere il solo soggetto idoneo a prestare assistenza al/alla fratello/sorella con sistematicità ed adeguatezza.

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA INOLTRE AD INFORMARE TEMPESTIVAMENTE L'AMMINISTRAZIONE DI OGNI MUTAMENTO DELLE SITUAZIONI DICHIARATE ED IN PARTICOLARE:

- del ricovero a tempo pieno dell'assistito;
- della revisione del giudizio di gravità da parte della commissione medico legale territoriale competente;
- della richiesta di modifica ai periodi di congedo richiesti ovvero dell'intervenuta causa di sospensione della fruizione.

Luogo e data _____ Firma del dipendente _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore;
- sottoscritta in presenza del dipendente della segreteria dell'istituto incaricato al ricevimento della domanda (indicare in stampatello il nome del dipendente) _____;

A supporto della domanda allega _____.

Qualora già in possesso dell'Amministrazione la suddetta documentazione non dovrà essere ulteriormente allegata, purché ancora in corso di validità. In tal caso indicare la struttura presso cui la stessa è depositata.

IL DIRIGENTE/COORDINATORE PEDAGOGICO



USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE

Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del dichiarante sono indicate nella nota "Informativa privacy", ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

