



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



**TSK H/5**  
(PARENTE/AFFINE  
ENTRO IL 3° GRADO)

*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 PARENTE/AFFINE ENTRO IL 3° GRADO 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 PARENTE/AFFINE ENTRO IL 3°

GRADO SIG./RA \_\_\_\_\_

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 proprio parente o affine di 3° grado, **ovvero di avere la residenza nello stesso stabile e al medesimo numero civico**, così come risulta dallo stato famiglia così composto:

cognome e nome	grado di parentela

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

- che i genitori, i figli, i fratelli/sorelle o gli altri parenti/affini di 3° grado 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 del parente/affine di 3° grado, dei seguenti periodi di aspettativa non retribuita per gravi ragioni personali:

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al

- di aver usufruito, per il parente/affine di 3° grado, 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 parente/affine di 3° grado 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.**

II 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".*

