



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



TSK H/5
(PER ASSISTENZA A
PARENTE/AFFINE
ENTRO IL 3° GRADO)

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

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO

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

IL SOTTOSCRITTO COGNOME _____ NOME _____ MATRICOLA _____

☐ 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 DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI
SOSTEGNO MOLTO ELEVATO, 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 ____/____/____ con condizione di disabilità con necessità di
sostegno molto elevato, stabilita dal Centro sanitario territorialmente competente, con verbale n.
_____ di data _____;

PER I PERIODI:

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 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;**
- ☐ di essere il beneficiario poiché i familiari **conviventi:** il coniuge, la parte dell'unione civile, il convivente di fatto, i genitori, i figli, i fratelli/sorelle, sono:
 - ☐ **mancanti;**
 - ☐ **deceduti;**
 - ☐ **affetti da patologie invalidanti, come da certificazione allegata¹;**
- ☐ **che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno in ospedale o in strutture assistenziali e/o sanitarie;**
- ☐ 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 i genitori, i figli, i fratelli/sorelle o gli altri parenti/affini di 3° grado, hanno già usufruito, complessivamente, di n. giorni _____ di congedo straordinario per assistenza al medesimo soggetto;
- ☐ di aver usufruito, per l'assistenza al parente/affine di 3° grado, dei seguenti periodi di aspettativa non retribuita per gravi ragioni personali o di famiglia:

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al

- ☐ di aver usufruito, per l'assistenza al parente/affine di 3° grado, dei seguenti periodi di congedo straordinario presso il seguente datore di lavoro **(Esclusa PAT):** _____

¹ Per patologie invalidanti debbono intendersi quelle a carattere permanente così come individuate dall'art. 2, comma 1, lettera d), numeri 1, 2 e 3 del decreto interministeriale n. 278/2000.

☐ 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.);

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che durante i periodi di congedo straordinario non spetta l'assegno di cura previsto dalla L.P. n° 15/2012.

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

- l'eventuale ricovero oltre le 24 ore in ospedale o presso strutture sanitarie o di assistenza;
- 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
- l'eventuale decesso della persona assistita.

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di aver preso visione dell'informativa generale privacy del Servizio per il reclutamento e la gestione del personale della scuola ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 consultabile nella sezione "Documenti e dati" del sito ufficiale della Provincia autonoma di Trento o direttamente al seguente link: <https://www.provincia.tn.it/Documenti-e-dati/Documenti-di-supporto/Informativa-generale-privacy-Servizio-per-il-reclutamento-e-gestione-del-personale-della-scuola>

Luogo e data _____ Firma del dipendente _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente domanda è stata sottoscritta in presenza del/lla dipendente della segreteria incaricato/a al ricevimento della documentazione (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
