

All'Azienda Servizi Sociali di Bolzano
UFFICIO GESTIONE DEL PERSONALE-settore giuridico
piazza Anita Pichler, 12
39100 Bolzano

**DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER ASSISTERE FAMILIARI
PORTATORI DI HANDICAP**
(misura massima: 24 mesi)
(art. 42, comma 5 del Dlgs. n. 151/2001 e successive modifiche)

Autocertificazione ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

(Si precisa che tutte le dichiarazioni contenute e rese nella presente domanda, i documenti allegati e la firma sono soggette alle disposizioni di cui al D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni e la falsità delle stesse è punita ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni). Si precisa che, qualora dai controlli emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in via/p.zza e numero civico _____

in servizio presso
ufficio/struttura _____

CHIEDE

di fruire del congedo straordinario retribuito ① dal _____ al
_____ ②

per assistere il coniuge sig./sig.ra _____.

Dati dell'assistito:

CODICE FISCALE _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

VIA/P.ZZA E NUMERO CIVICO _____

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità:

di essere convivente con il coniuge in condizione di disabilità grave accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1 della L. 104/92 dalla Commissione Asl del Comune di

_____ ③;

che il coniuge non è ricoverato a tempo pieno;

che il coniuge è ricoverato a tempo pieno e si trova in situazione di coma vigile e/o malattia terminale (allegare certificazione sanitaria);

che il coniuge non è impegnato/a in attività lavorativa;

di avere già fruito per lo stesso assistito di congedo straordinario retribuito nei seguenti periodi:

DAL	AL	DATORE DI LAVORO

che altri familiari non hanno mai usufruito di congedo straordinario per la persona da assistere;

che altri familiari hanno usufruito di congedo straordinario per la persona da assistere (elencare i familiari con il rispettivo datore di lavoro e i periodi fruiti);

FAMILIARE	DAL	AL	DATORE DI LAVORO

di prendere atto che il congedo straordinario retribuito in oggetto e la corresponsione dell'assegno di cura ai sensi della L.P. n. 9/2007 sono solo parzialmente cumulabili (eventuale obbligo di autocertificazione all'A.S.S.E. - Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico).

NOTE:

① durante il congedo spetta una indennità corrispondente all'ultima retribuzione percepita; in ogni caso annualmente l'importo massimo, comprensivo della contribuzione figurativa, non può superare Euro 46.836,00 (da rivalutare annualmente);

② il congedo deve essere fruito entro 60 giorni dalla richiesta (vale la data di protocollo);

③ allegare in originale (oppure indicare se è già depositato agli atti di questa Amministrazione) il certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap;

La/Il sottoscritta/o dichiara che quanto sopra esposto corrisponde a verità e di essere a conoscenza che l'Amministrazione può effettuare delle verifiche.

Inoltre dichiaro di essere stato/a avvertito/a e mi dichiaro conscio, che, in caso di mendaci dichiarazioni, mi saranno applicate le sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000.

Ai sensi i sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 la/il sottoscritta/o dichiara di essere stata/o informata/o sull'uso dei miei dati personali, e cioè del trattamento degli stessi nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali.

La/Il sottoscritta/o si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni che sono rilevanti alla concessione del presente permesso (ad esempio: il ricovero a tempo pieno presso istituti specializzati, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL,etc.).

Data, _____ Firma* _____

- In alternativa alla firma in presenza del dipendente addetto può essere allegata fotocopia di un documento di identità.

Confermo che lapresente dichiarazione è stata firmata in mia presenza

Data, _____ Firma _____

firma del dipendente addetto

VISTO DEL DIRETTORE DELL'UFFICIO/STRUTTURA DI APPARTENENZA:
