

ISTANZA CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO
ASSISTENZA FAMILIARE DISABILE
ART. 42, COMMA 5, D. LGS N. 151/2001

Li

AL DIRETTORE GENERALE

AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA CANNIZZARO

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in _____
via _____ n _____ cap _____
tel _____ mail _____,
dipendente di questa Azienda con la qualifica di _____, in
atto in servizio presso l'U.O.C. _____, chiede, ai sensi
dell'art. 42, comma 5, del D. Lgs 26 marzo 2001 n. 151, di fruire di n. _____ giorni di congedo
straordinario retribuito dal _____ al _____ per
assistere il sotto indicato familiare:

NOME _____ COGNOME _____ nato a _____
il _____ grado di parentela: _____ riconosciuto dalla
competente Commissione Medica, ai sensi della normativa vigente, "soggetto portatore di handicap in
situazione di gravità".

Ai fini della concessione di quanto sopra, il sottoscritto, consapevole che in caso di dichiarazione
mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e
che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese nella presente
istanza, decadrà dai benefici concessi

DICHIARA

- Che il predetto congiunto, per il quale è richiesto il periodo di assenza, non è ricoverato a tempo pieno;
- Che lo scrivente è convivente con il proprio parente disabile;
- Di non aver già fruito dei giorni di congedo previsti dal comma 5 dell'art. 42 del D. Lgs 151/2001;
- Di non aver già fruito dei giorni di congedo previsti dal comma 2 dell'art. 4 della legge 53/2000;
- Che il predetto congiunto non presta attività lavorativa;

- Che il proprio nucleo familiare è quello risultante dall'allegata dichiarazione di stato di famiglia;
- Che il congiunto disabile non ha altri parenti che usufruiranno del beneficio in questione per il periodo precedentemente indicato;

SI IMPEGNA

- A non svolgere attività lavorativa di nessun genere e a nessun titolo durante il periodo di congedo richiesto;
- A prestare durante il periodo di congedo richiesto assistenza al proprio familiare disabile;
- A comunicare tempestivamente a questa Azienda eventuali variazioni riguardanti le dichiarazioni rese nella presente e nella documentazione ivi allegata;
- A non fruire del richiesto beneficio senza avere ottenuto la preventiva autorizzazione.

Il sottoscritto allega :

1. Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave del proprio congiunto per il quale si richiede il beneficio;
2. Copia del documento di identità in corso di validità e tessera sanitaria del proprio parente disabile;
3. Dichiarazione sostitutiva di stato di famiglia e di residenza;
4. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà degli altri componenti il nucleo familiare di rinuncia alla fruizione del beneficio richiesto e dei permessi mensili previsti dalla Legge 104/92 per l'assistenza del congiunto;
5. Copia del documento di identità in corso di validità e tessera sanitaria del richiedente.

FIRMA

NULLA OSTA IN RAGIONE DELLA SALVAGUARDIA DELLE PRIMARIE ESIGENZE DELL'U.O.

IL DIRETTORE U.O.C.

TIMBRO E FIRMA _____