

OGGETTO: Richiesta congedo straordinario per assistenza al **fratello/sorella** con disabilità grave
– art. 42 d.lgs. 151/01 e s.m.i. –

IO SOTTOSCRITTO/A

(cognome) (nome) (data di nascita) (comune o stato estero di nascita)

residente in _____

(luogo) (indirizzo, CAP) (numero telefonico)

C.F. _____ in servizio presso **IL COMUNE DI LOTZORAI**

con _____ la _____ qualifica _____ di _____

con contratto

a tempo indeterminato a tempo determinato a part-time verticale

CHIEDO

di poter fruire del CONGEDO STRAORDINARIO spettante ai FRATELLI/SORELLE conviventi di persona in condizione di disabilità grave e della relativa indennità ai sensi dell'art. 42 del d.lgs. 26.03.2001, n. 151 e s.m.i. per prestare assistenza a mio/a fratello/sorella:

(cognome e nome, luogo e data di nascita)

NEL/I SEGUENTE/I PERIODO/I

Dal _____ al _____ Dal _____ al _____

Dal _____ al _____ Dal _____ al _____

DICHIARO

- di essere convivente con mio/a fratello/sorella in condizione di disabilità grave
 - che mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno
 - che mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità non è coniugato/a o non convive con il coniuge
 - che mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
 - che non svolge attività lavorativa alle dipendenze di (indicare dati datore di lavoro pubblico o privato)
-
- di essere a conoscenza della rinuncia del coniuge di mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità a fruire per la stessa persona del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti
 - che i miei genitori sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)
 - che l'unico genitore vivente è totalmente inabile (allegare certificazione)
 - che altri familiari (diversi dal richiedente) di mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità hanno già usufruito complessivamente di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di _____ disabilità _____ grave (specificare periodi e datore di lavoro)
-
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto per totali gg. _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____
-

dal _____ al _____ dal _____ al _____

presso l' Azienda/Ente,

Altro (specificare Datore di lavoro e relativa sede legale)

di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti per "per gravi e documentati motivi familiari" ex art.4, comma 3 della Legge 53/2000 per totali gg. _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____

presso l' Azienda/Ente:

Altro (specificare via, città etc.)

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

Luogo, _____
Firma _____

Data _____

la
unitamente

(se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato,
presente dichiarazione deve essere inoltrata
alla fotocopia di un documento di riconoscimento)

DATI E DICHIARAZIONE DEL FRATELLO/SORELLA DISABILE:

IO SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO IL (GG/MM/AAAA) _____

A _____ PROV _____ STATO _____

RESIDENTE IN _____ NUMERO CIVICO _____

CAP _____ TELEFONO* _____ CELLULARE* _____

**informazioni facoltative*

DICHIARO

di essere fratello/sorella del richiedente con il quale convivo e dal quale intendo essere assistito

di essere in condizione di disabilità grave accertata dalla Commissione ASL/INPS (art.4, c.1, L.104/92) di _____ in data _____ rivedibile il (data scadenza verbale) _____

di non essere ricoverato/a a tempo pieno

di non essere impegnato/a in attività lavorativa

che non presterò attività lavorativa nei periodi di congedo straordinario fruiti dal richiedente

Luogo, Data _____

la

unitamente

Firma _____

(se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato,

presente dichiarazione deve essere inoltrata

alla fotocopia di un documento di riconoscimento)

Dichiarazione del familiare del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute:

Io sig. _____ ho prestato questa dichiarazione in qualità di (grado di parentela) _____ del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Firma del familiare _____

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal sig.

_____ il quale

ha altresì dichiarato di essere (grado di parentela) _____ del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Luogo e data

Timbro e firma del funzionario

Dichiarazione del disabile che non sa o non può firmare

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante (estremi del documento di riconoscimento) _____ il quale mi ha

dichiarato che non sa firmare che non può firmare a causa di un impedimento

Luogo e data

Timbro e firma del funzionario

Dati e dichiarazione del tutore/curatore/amministratore di sostegno

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO IL (GG/MM/AAAA) _____

A _____ PROV _____ STATO _____

RESIDENTE IN _____ NUMERO CIVICO _____

CAP _____ TELEFONO _____ CELLULARE _____

nella sua qualità di tutore curatore amministratore di sostegno di:

Se l'interessato è soggetto a tutela, a curatela o ad amministratore di sostegno, la presente dichiarazione è resa e sottoscritta rispettivamente dal tutore o dall'interessato con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno (art. 5 DPR 445/2000).

Dati del disabile

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO IL (GG/MM/AAAA) _____

A _____ PROV _____ STATO _____

RESIDENTE IN _____ NUMERO CIVICO _____ CAP _____

Dichiaro che il disabile

è fratello/sorella del richiedente con il quale convive e dal quale intende essere assistito

è in condizione di disabilità grave accertata dalla Commissione ASL/INPS di _____
in data (data visita) _____ rivedibile il (data scadenza verbale) _____

non è ricoverato a tempo pieno

non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

LUOGO, DATA _____ FIRMA _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE

IO sottoscritto/a

- **mi impegno a comunicare al COMUNE DI LOTZORAI, entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento, le eventuali variazioni** delle notizie fornite o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare l'eventuale ricovero del disabile, l'eventuale revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della Commissione o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dall'handicap in situazione di gravità, l'eventuale fruizione del congedo da parte di altri familiari, ecc.;
- **sono consapevole** che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione;
- **dichiaro** che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Io sottoscritto/a **dichiaro, altresì,**

- di impegnarmi a prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale ho richiesto le agevolazioni
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la mia opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- di impegnarmi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

1. Certificato integrale rilasciato dalla Competente Commissione ASL/INPS attestante lo stato di gravità dell'handicap (originale o in copia autentica)
2. Copia integrale del decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno (copia autentica)
3. Documenti identità richiesti _____
4. Altro (indicare) _____

LUOGO, DATA _____

FIRMA _____

(del/la richiedente)

(se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la

presente

dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 13 d.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Amministrazione informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Amministrazione opportunamente incaricati ed istruiti attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Amministrazione informa, ai sensi dell'art. 10 della legge 31/12/1996 e successive modifiche e integrazioni (d.lgs.196/03), secondo quanto previsto dall'art. 48, comma 2, del D.P.R. 445/2000, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati soltanto in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti.