

Al Direttore Generale dell'ASP di Catania

**Al Dirigente Responsabile
dell'U.O. _____**

**DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO ASSISTERE IL\LA FRATELLO \
SORELLA**

(art.42, comma 5, d.lgs. 26 marzo 2001, n.151)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a.....
il matricola n....., tel..... in servizio presso
residente nel Comune di.....cap..... in Via
.....n.....C.F.....
stato civile.....

Chiede

ai sensi dell'art. 42, comma 5, del d.lgs. n.151/2001 di poter fruire di un periodo di congedo straordinario retribuito per assistere il fratello \ la sorella
nato/a.....prov.....il.....
residente a.....in Via.....N.....
C.F..... in situazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3,
comma 3, della legge n. 104 del 5 febbraio 1992:

dal.....al.....

dal.....al.....

A tal fine il/la sottoscritt..., consapevole, ai sensi dell'art. 76 del d.p.r. n. 445 del 28 dicembre 2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

Dichiara

1. di essere convivente con il/la fratello/sorella¹;
2. che il soggetto da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992;
3. che il soggetto da assistere non presta alcuna attività lavorativa;
4. che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
5. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di giorni pari a.....;
6. di aver fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni pari a.....;

¹ Il requisito della convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica .

7. che il soggetto da assistere:
 - non è coniugato;
 - ovvero che il coniuge del disabile:
 - è mancante² (allegare documentazione);
 - è deceduto;
 - è affetto da patologie invalidanti (allegare documentazione sanitaria);
8. che i genitori del disabile sono entrambi mancanti ovvero deceduti ovvero affetti da patologie invalidanti (allegare documentazione sanitaria);;
9. che il soggetto in situazione di disabilità grave non ha figli;
10. che i figli del soggetto disabile sono mancanti ovvero sono affetti da patologie invalidanti (allegare documentazione sanitaria);;
11. che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave hanno già fruito del predetto congedo altri familiari (specificare):
11. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario **non** retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell’8 marzo 2000) nell’arco della propria vita lavorativa per n.....giorni;
12. che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
13. che il soggetto disabile è ricoverato presso.....ma la struttura sanitaria ha richiesto l’assistenza del familiare(allegare documentazione sanitaria);
14. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l’Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Allegati.....

Firma

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA

Si attesta che il richiedente Sig.

- ha reso e sottoscritto in mia presenza la dichiarazione di cui sopra.
- ha allegato copia non autenticata di un proprio documento di riconoscimento.
- ha inviato il documento con sottoscrizione tramite firma digitale.

(luogo e data)

(Il funzionario incaricato)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(art.13 del d.lgs. n.196 del 30 giugno 2003 recante“Codice in materia di protezione dei dati personali)

L’Amministrazione, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati raccolti con le presenti dichiarazioni saranno trattati nel rispetto delle norme contenute nel Codice, della legge e dei regolamenti al fine di espletare la funzione in materia amministrativa su base sanitaria. Il trattamento dei dati avverrà ad opera di dipendenti dell’Istituto opportunamente incaricati attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare l’impossibilità o ritardi nella definizione del procedimento che la riguarda. L’amministrazione la informa infine che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall’art.7 del Codice in argomento , rivolgendosi direttamente al dirigente responsabile competente all’istruttoria della presente domanda.

² Tale condizione ricorre se il disabile è separato legalmente, divorziato ovvero è coniugato ma si trova in situazione di abbandono accertata dall’autorità giudiziaria.