



ISTANZA VOLTA AD OTTENERE IL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO A FRUIRE DEL CONGEDO EX ART. 42 COMMA 5 DEL D. LGS. 151/2001 PER ASSISTENZA DISABILI

[Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ residente
a _____

_____ in via/piazza _____

dipendente di questa ASP con il profilo di _____ in servizio
presso _____

telefono _____ indirizzo mail _____

CHIEDE

di essere autorizzato alla fruizione del congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5, D. Lgs. 151/2001 e successive modificazioni ed integrazioni per assistere il seguente congiunto* _____

COGNOME _____ NOME _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

in via/piazza _____

Dal _____ al _____

Dal _____ al _____

*specificare se trattasi di coniuge oppure di padre/madre – figlio/figlia – sorella/fratello

NELLA FORMA DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000 (Allega a tal fine fotocopia del proprio documento di identità) DICHIARA PRELIMINARMENTE:

Di essere consapevole che:

- Le agevolazioni dirette a favorire l'assistenza di un congiunto con disabilità in situazione di gravità da parte del lavoratore sono uno strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse postula la conferma dell'impegno, morale prima ancora che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- La possibilità di fruire di queste 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;
- L'esercizio abusivo da parte del lavoratore dei diritti riconosciutigli ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D. Lgs n. 151/2001 costituisce giusta causa ai fini della risoluzione del

rapporto di lavoro ai sensi dell'art. 2119 c.c., integra gli estremi della responsabilità disciplinare punibile anche con il licenziamento senza preavviso, ai sensi dell'art. 55-quater del D. Lgs. 165/2001 e impone all'Amministrazione l'obbligo di denunciare i fatti

all'Autorità giudiziaria per ogni valutazione inerente la sussistenza di eventuali estremi di reato

Di impegnarsi a:

- Comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- Aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di specifica richiesta dell'amministrazione;

Di essere a conoscenza:

- Della decadenza delle agevolazioni eventualmente concesse, qualora l'Amministrazione, a seguito di controlli, riscontri la non veridicità di quanto dichiarato ex art. 75 del DPR 445/2000;
- Delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e di uso di dichiarazioni contenenti dati non conformi al vero ex art 76 del DPR 445/2000;
- Del fatto che le informazioni fornite saranno trattate, anche con strumenti informatici dall'Amministrazione unicamente per l'assolvimento dei propri scopi istituzionali e nel rispetto del principio di pertinenza, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le dichiarazioni sono state rese;

Di essere consapevole, inoltre, che:

- la legge ha direttamente ed espressamente indicato l'ordine dei soggetti possibili beneficiari stabilendo le condizioni in cui si può scorrere in favore del legittimato di ordine successivo. Pertanto tale ordine non è derogabile. Per l'individuazione degli aventi diritto è quindi necessario che i soggetti direttamente obbligati all'assistenza siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti (patologie invalidanti specificate nella pagina seguente). Per tale ordine cfr **il paragrafo n. 2 della Circolare n. 49 del 5 aprile 2019 emessa dall'INPS** che, in definitiva, consente anche ai parenti e affini entro il 3° grado conviventi la fruizione del beneficio del congedo in caso di mancanza, decesso o patologia invalidante di coniuge, genitori, figli, fratelli/sorelle.
In tali casi, ovviamente, il richiedente dovrà allegare idonea documentazione comprovante le ipotesi sopradescritte.

Nota: elenco delle patologie di cui all'art. 2, comma 1, lett. d) numeri 1, 2, 3 e 4 del D.I. n. 278 del 2000:

- 1) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;
- 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici ematochimici e strumentali;
- 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;
- 4) patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui ai precedenti numeri 1, 2 e 3 o per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.

Di essere consapevole, inoltre, che:

- il congedo, fruibile a periodi interi o in modalità frazionata **non può superare il limite massimo di due anni** computando **sia i periodi di congedo fruiti** allo stesso titolo o a titolo di aspettativa per gravi motivi ai sensi degli artt. 4, commi 2 e 4, legge 8.3.2000 n.53, e 42 comma 3 del CCNL comparto Funzioni Centrali sottoscritto il 12 febbraio 2018 **dal dipendente** nei confronti del familiare disabile in parola **ed anche nei confronti di altri familiari disabili o per se stesso** nell'intero arco della vita lavorativa **sia i periodi di congedo fruiti da altri familiari** allo stesso titolo o a titolo di aspettativa per gravi motivi ai sensi dei predetti artt. 4, commi 2 e 4, legge 8.3.2000 n.53, e 42 comma 3 **nei confronti del medesimo soggetto portatore di handicap.**

Al riguardo, barrare le caselle e compilare solo gli spazi che interessano

- Di Aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
dal _____ al _____
dal _____ al _____
- Al riguardo dichiara che ha già usufruito per se stesso o nei confronti di altri familiari disabili dei seguenti periodi di congedo retribuito aspettativa per gravi motivi ai sensi degli artt. 4, commi 2 e 4, legge 8.3.2000 n.53, e 42 comma 3 del CCNL comparto Funzioni Centrali sottoscritto il 12 febbraio 2018:
dal _____ al _____
dal _____ al _____
- dichiara che hanno già usufruito nei confronti dello stesso familiare disabile altri familiari (il coniuge e/o altri parenti e/o affini entro il terzo grado) dei seguenti periodi di congedo retribuito e/o aspettativa per gravi motivi ai sensi degli artt. 4, commi 2 e 4, legge 8.3.2000 n.53, e 42 comma 3 del CCNL comparto Funzioni Centrali sottoscritto il 12 febbraio 2018:
dal _____ al _____
dal _____ al _____

N.B.: gli eventuali periodi indicati vanno presi in considerazione dagli uffici di appartenenza del dipendente in quanto si computano ai fini del raggiungimento del limite massimo dei due anni di fruibilità del beneficio

DICHIARA SEMPRE NELLA FORMA DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000

- che il familiare da assistere è nelle condizioni previste dall'art. 3, comma 3, legge 104/1992.
 - Allega copia conforme all'originale, completa in ogni sua parte ad eccezione della diagnosi, del verbale della Commissione medico – legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/1992 (o certificazione provvisoria rilasciata dal medico specialista nella patologia denunciata in servizio nella ASL di appartenenza dell'interessato ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/1993) attestante la gravità dell'handicap ai sensi del predetto art. 3, comma 3. Il verbale deve essere stato convalidato dall'INPS ai sensi dell'art. 20 della Legge 102/2009 (anteriormente a detta legge occorre che sul verbale de quo sia apposta la convalida della Commissione Medica di Verifica).
- che tra i soggetti legittimati, in ordine di priorità **il/la sottoscritto/a è il referente unico, ovvero l'unico familiare in grado di prestare assistenza** al congiunto in stato di grave disabilità;

che ha ottenuto il provvedimento di concessione dei tre giorni di permesso mensile ai sensi dell'art. 33, comma 3 della L. 104/1992 (che allega in copia).

Barrare le caselle che interessano

Deve assistere il seguente congiunto* v. sopra _____

È CONVIVENTE con il congiunto disabile al seguente indirizzo:

nota: il requisito della convivenza non deve necessariamente sussistere nel caso in cui il congiunto da assistere sia il/la figlio/a del dipendente

NB: la casella che segue deve essere compilata **SOLO** nell'ipotesi che il dipendente richieda di fruire del congedo per assistere il **GENITORE**:

NON E' ANCORA CONVIVENTE con il genitore disabile in situazione di gravità (cfr sentenza della Corte Costituzionale n. 232 del 7 dicembre 2018) **MA PROVVEDERA' AD INSTAURARE LA CONVIVENZA CON IL PROPRIO GENITORE AFFETTO DA GRAVE DISABILITA'** al seguente indirizzo _____

entro l'inizio del periodo di congedo ex art. 42 comma 5 del D. Lgs 151/2001 di cui intende fruire (periodo che, una volta ottenuto il provvedimento di riconoscimento del diritto a fruire del congedo medesimo da parte di questa Direzione Generale comunicherà al proprio Ufficio di appartenenza) e a conservarla per tutta la durata dello stesso; **sono, inoltre, mancanti/deceduti/affetti da patologie invalidanti il coniuge convivente, il padre e la madre, anche adottivi, i figli conviventi, i fratelli e le sorelle conviventi.**

nota: con riferimento al requisito della **convivenza** - come chiarito dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica con la Circolare n. 1 del 3 febbraio 2012 - il requisito della concomitanza della residenza anagrafica e della convivenza si intende soddisfatto anche nel caso in cui la dimora abituale del dipendente e della persona in situazione di handicap grave siano nello stesso stabile (appartamenti distinti nell'ambito dello stesso numero civico) ma non nello stesso interno nonché nei casi in cui sia attestata la dimora temporanea, ossia l'iscrizione nello schedario della popolazione temporanea di cui all'art. 32 del DPR 223 del 1989, del dipendente o del disabile presso quella dell'altro.

Che il/la sottoscritto/a è:

- celibe/nubile
- coniugato/a con _____ residente a _____
- divorziato/a vedovo/a

Che il familiare da assistere è:

- celibe/nubile
- coniugato/a con _____ residente a _____
- divorziato/a vedovo/a

Che all'anagrafe del Comune di residenza è registrato il seguente stato di famiglia del/della sottoscritto/a:

cognome	nome	data di nascita	relazione

Che la propria famiglia di origine era così composta:

cognome	nome	data di nascita	relazione

- che il familiare da assistere **NON E'** ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie o istituti specializzati.
- Che il familiare da assistere **E'** ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie o istituti specializzati, ma le strutture medesime attestano la necessità della assistenza continua da parte del dipendente nei confronti del familiare disabile, come da documentazione della struttura che si allega.
- Che l'assistito **NON** presta attività lavorativa
- Che l'assistito **presta attività lavorativa** ma **NON** durante il periodo dell'assistenza in quanto _____
- Che il familiare da assistere **NON E'** ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie o istituti specializzati
- Che il familiare da assistere **E'** ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie o istituti specializzati, ma le strutture medesime attestano la necessità della assistenza continua da parte del dipendente nei confronti del familiare disabile, come da documentazione della struttura che si allega.
- Che l'assistito **NON** presta attività lavorativa
- Che l'assistito **presta attività lavorativa** ma **NON** durante il periodo dell'assistenza in quanto _____

Allega, inoltre la **dichiarazione da parte del disabile** rilasciata ai sensi dell'art. 47 del D. P. R. n. 445 del 28/12/2000 (**qualora il disabile non sia in condizioni di fare dichiarazioni, le stesse potranno essere rese dal dipendente che attesterà detta incapacità**) corredata di copia di un documento di riconoscimento del dichiarante concernente:

- la composizione della propria famiglia d'origine;
- che non è ricoverato a tempo pieno presso strutture pubbliche o private (con l'eccezione sopra evidenziata);
- che non presta attività lavorativa in generale o, comunque, nel periodo di fruizione del congedo da parte del dipendente che lo assiste;
- esistenza in vita/o meno del coniuge e dei genitori anche adottivi;
- eventuale mancanza fisica o giuridica del coniuge e dei genitori anche adottivi;
- l'eventuale certificazione, rilasciata da struttura pubblica, attestante patologie invalidanti indicate dall'art. 2, comma 1, lett. d, nn.1, 2 e 3 del Decreto Interministeriale n. 278 del 21.07.2000 nel caso in cui il coniuge e/o i genitori siano affetti da tali patologie;
- **la convivenza o NON convivenza con altri familiari, coniuge o parenti e affini entro il terzo grado (nella prima ipotesi specificare il legame di parentela e l'attività lavorativa o stato di disoccupazione del familiare convivente);**
- dichiarazione relativa alla fruizione /o meno da parte di altri familiari del congedo retribuito e/o dell'aspettativa per gravi motivi di famiglia per assisterlo;
- che, nei periodi di congedo richiesti dal dipendente all'ufficio di appartenenza, gli altri eventuali familiari rinunciano a fruire di detto congedo;

Allega, inoltre la **dichiarazione di eventuali altri figli o fratelli/sorelle/parenti e affini entro il terzo grado rispettivamente se la domanda di congedo retribuito è avanzata ai fini dell'assistenza, rispettivamente al genitore o al fratello/sorella o ad un parente o affine entro il terzo grado** rilasciata ai sensi dell'art. 47 del D. P. R. n. 445 del 28/12/2000:

- di essere conviventi/non conviventi;
- se gli stessi prestano o non prestano attività lavorativa con precisa indicazione del datore di lavoro e/o se sono lavoratori autonomi;
- se abbiano già fruito del congedo retribuito o dell'aspettativa per gravi motivi di famiglia per assistere il genitore/fratello o sorella o il parente o affine entro il terzo grado (specificare);
- che, nei periodi di congedo richiesti dal dipendente all'ufficio di appartenenza rinunciano a fruire di detto congedo.

Si allegano i seguenti documenti: _____

DATA

FIRMA