

A,
[struttura aziendale competente all'istruttoria]

e p.c. A,
[Dirigente responsabile della struttura di appartenenza]

Oggetto: Istanza di prolungamento ex art. 33, comma 1, del d.lgs 151/2001, del congedo parentale.

....l.... sottoscritt....., nat.... il
a, residente a
in via, email
in servizio presso con qualifica
di

FORMULA ISTANZA

di fruizione, ai sensi dell'art. 33, comma 1, del d.lgs. 151/2001, del prolungamento del congedo parentale per assistenza a figlio fino a dodici anni di età, per i seguenti periodi:

dal al dal al
dal al dal al

A tal fine,l.... sottoscritt....., consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 445/2000, nonché della decadenza ex art. 75 dello stesso d.P.R. dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

- che il prolungamento del congedo parentale viene richiesto per assistenza al.... propri.... figli....
....., nat.... il a
.....;
- che il predetto figlio:
 - è portatore di handicap grave ex art. 3, comma 3, della legge 104/1992
 - è affetto/non è affetto (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*) da patologia oncologia e in data è stata inoltrata istanza per l'accertamento dello stato di handicap (1)
 - è affetto da sindrome di Down (2)
- che il suddetto disabile:
 - non è ricoverato a tempo pieno presso istituto specializzato;
 - è ricoverato a tempo pieno presso istituto specializzato ed è richiesta dai sanitari la presenza del genitore (*allegare richiesta dei sanitari*);
- che l'altro genitore, nato il
a, non svolge attività lavorativa subordinata;

oppure

- che l'altro genitore, nato il,
a, è lavoratore dipendente presso (*indicare con precisione il datore di lavoro e la sede dello stesso*)
- e, per assistenza al sopra generalizzato figlio, non fruirà del prolungamento del congedo in epigrafe per i periodi oggetto della presente istanza né fruirà, nei mesi di concessione del congedo di cui alla presente richiesta, dei permessi ex art. 33 della legge 104/1992, tantomeno del congedo retribuito ex art. 42, comma 5, del d.lgs. 151/2001;
- e, per assistenza al sopra generalizzato figlio, fruirà del prolungamento del congedo in oggetto alternativamente al sottoscritto nei seguenti periodi:
dal al dal al
- che nessun altro familiare del suddetto disabile fruisce, per assistenza al medesimo, dei permessi ex art. 33 della legge 104/1992 o del congedo retribuito ex art. 42, comma 5, del d.lgs. 151/2001.

ALLEGA

- copia fotostatica del verbale redatto dalla Commissione medica competente all'accertamento dell'handicap (*o diversa documentazione probatoria dello stato di disabilità – descrivere di seguito*)
.....
.....
- (*eventuale, ulteriore documentazione allegata per il riconoscimento del diritto ai permessi*)
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 445/2000, nonché della decadenza ex art. 75 dello stesso d.P.R. dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, il sottoscritto

DICHIARA

- che è conforme all'originale;
- che il giudizio formulato dalla predetta Commissione non è stato rivisto né è scaduto.

Il sottoscritto inoltre DICHIARA:

- 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 propria 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 dei disabile.

SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal loro verificarsi, le eventuali variazioni che dovessero intervenire circa le notizie e/o situazioni dichiarate con la presente.

DICHIARA, infine, di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'istanza in oggetto, rese disponibili dall'ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila, anche sul sito internet istituzionale, in apposita sezione "protezione dati personali", ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Reg. UE 2016/679 o RGPD). I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del RGPD potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Saragat - località Campo di Pile - 67100 L'Aquila - email dpo@asl1abruzzo.it - pec dpo@pec.asl1abruzzo.it).

Allega copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.

.....
(luogo e data)

.....
(firma)

-
-
- (1) *Qualora la commissione medica per l'accertamento dell'handicap non si pronunci entro 45 giorni dalla presentazione dell'istanza – ovvero entro 15 giorni nel caso di patologie oncologiche – l'accertamento dello stato di handicap può essere effettuato provvisoriamente, da un medico specialista nella patologia dalla quale è affetto il portatore di handicap, in servizio presso l'ASL da cui è assistito l'interessato.*
- (2) *Le persone con sindrome di Down, su richiesta corredata da presentazione del cariotipo, sono dichiarate in situazione di gravità ex art. 3 della legge 104/1992 dalla competente commissione ASL o dal proprio medico di base.*