

A
.....
[struttura aziendale competente all'istruttoria]

OGGETTO: Istanza di concessione del congedo ex art. 42, commi 5 e ss., del d.lgs. 151/2001.

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

FORMULA ISTANZA

di concessione del congedo in oggetto:

in modo continuativo dal al

in modo frazionato 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

quanto segue

A) Identificazione del destinatario dell'assistenza.

Il congedo in oggetto è richiesto per assistenza a:

....., nato il

a, residente a

in via c.f.;

B) Stato di handicap.

Il sopra generalizzato destinatario dell'assistenza:

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)

è grande invalido di guerra (3)

C) Parentela.

Il portatore di handicap è figlio/a del sottoscritto.

D) Impossibilità a ricevere assistenza dal coniuge o civilmente unito. (4)

Il portatore di handicap:

non è coniugato né unito civilmente ex art. 1, cc. 2 e 3, legge 76/2016

è separato legalmente o divorziato o sciolto dall'unione civile (5)

- è coniugato/unito civilmente, ma in situazione di abbandono (5)
 - è coniugato/unito civilmente con soggetto affetto da patologia invalidante (5)
 - è coniugato/unito civilmente, ma il coniuge/parte dell'unione è deceduto
 - (*altra causa di mancanza*) (6)
- eventuali dati identificati del coniuge/parte dell'unione civile del portatore di handicap:*
 cognome e nome, nato il
 a, residente a
 in via

E) Posizione dell'altro genitore del destinatario dell'assistenza.

- L'altro genitore, nato il,
- non svolge attività lavorativa subordinata;
 - è lavoratore dipendente presso (indicare con precisione il datore di lavoro e la sede dello stesso)

 e per il periodo di congedo che si richiede, non fruirà, per assistenza al sopra generalizzato portatore di handicap, dello stesso congedo né dei benefici di cui all'art. 33 della legge 104/1992.

F) Assenza di ricovero a tempo pieno – eccezione. (7)

- Il predetto portatore di handicap:
- non è ricoverato a tempo pieno
 - è ricoverato a tempo pieno presso
 e la presenza del sottoscritto accanto al degente è espressamente richiesta dalla struttura sanitaria, come da documentazione che si allega.

G) Eventuali precedenti fruizioni di congedi.

- Il sottoscritto non ha mai fruito del congedo in oggetto e/o del congedo non retribuito per gravi e documentati motivi familiari;
- il sottoscritto ha fruito dei predetti congedi per i seguenti periodi:
 dal al dal al
 dal al dal al
- nessun familiare del portatore di handicap ha in passato fruito, per assistenza al medesimo, del congedo in oggetto e/o del congedo non retribuito per gravi e documentati motivi familiari;
- i sottoindicati familiari del portatore di handicap hanno in passato fruito, per assistenza al medesimo, dei predetti congedi per i seguenti periodi (*indicare nominativo del familiare, datore di lavoro del medesimo, periodi di fruizione del congedo*):

ALLEGA

- **copia fotostatica della documentazione probatoria della situazione di handicap grave di cui alla precedente lett. B);**
- (*eventuale ulteriore documentazione necessaria per il riconoscimento del diritto al congedo, con particolare riferimento alla casistica di cui alla precedente lett. D - descrivere dettagliatamente*)

.....
.....
.....

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 la documentazione sopra descritta, allegata alla presente istanza, è conforme ai relativi originali;
- che il giudizio formulato in ordine alla situazione di gravità dell'handicap 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)

Il sottoscritto, dirigente responsabile della struttura di appartenenza del lavoratore che richiede il congedo, esprime parere favorevole alla concessione del congedo stesso per i periodi richiesti.

(luogo e data)

(firma)

- (1) *Nel caso in cui la commissione per l'accertamento dello stato di handicap non si pronunci entro 45 giorni dalla presentazione della relativa istanza, ovvero entro 15 giorni nel caso di patologie oncologiche, l'accertamento di detto 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. Il certificato deve specificare la diagnosi.*
- (2) *È sufficiente la certificazione del medico di base.*
- (3) *È attestata dalla documentazione rilasciata dai Ministeri competenti al momento della concessione dei benefici pensionistici.*
- (4) *Il diritto al congedo può essere riconosciuto al genitore per assistenza al figlio disabile a condizione che il coniuge o civilmente unito del predetto disabile sia deceduto, mancante o affetto da patologia invalidante; si precisa che:*
 - *sono riconducibili al concetto di mancanza, oltre le situazioni di assenza naturale e giuridica in senso stretto quale il celibato o lo stato di figlio naturale non riconosciuto, le situazioni giuridiche ad esse assimilabili, che abbiano carattere stabile e certo, quali il divorzio, la separazione legale e l'abbandono, risultanti da documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità;*
 - *sono patologie invalidanti le 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; le patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; le patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario.*
- (5) *Allegare la documentazione probatoria.*
- (6) *Indicare la causa di mancanza diversa da quelle sopra indicate ed allegare la relativa documentazione probatoria.*
- (7) *Per ricovero a tempo pieno si intende il ricovero per le intere 24 ore presso le strutture ospedaliere o, comunque, le strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria.*