

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 fratello/sorella del sottoscritto.

**D) Situazione di convivenza. (4)**

Il sottoscritto e il portatore di handicap convivono in quanto:

hanno residenza a (*Comune e via*) .....

(cognome e nome) ..... ha dimora temporanea presso (cognome e nome) ..... in (Comune e via) ....., come risulta dallo schedario della popolazione temporanea ex art. 32 del d.P.R. 223/1989 del suddetto Comune;

**E) Impossibilità a ricevere assistenza dal coniuge o civilmente unito. (5)**

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 (6)
  - è coniugato/unito civilmente, ma in situazione di abbandono (6)
  - è coniugato/unito civilmente con soggetto affetto da patologia invalidante (6)
  - è coniugato/unito civilmente, ma il coniuge/parte dell'unione è deceduto
  - (altra causa di mancanza) ..... (7)
- eventuali dati identificati del coniuge/parte dell'unione civile del portatore di handicap:  
cognome e nome ....., nato il .....  
a ....., residente a .....  
in via .....

**F) Impossibilità a ricevere assistenza dai genitori. (5)**

Il padre del portatore di handicap:

- è deceduto
  - è affetto da patologia invalidante (6)
  - ha abbandonato il portatore di handicap (6)
  - non ha riconosciuto il portatore di handicap
  - (altra causa di mancanza del padre) ..... (7)
- eventuali dati identificati del padre del portatore di handicap:  
cognome e nome ....., nato il .....  
a ....., residente a .....  
in via .....

La madre del portatore di handicap:

- è deceduta
  - è affetta da patologia invalidante (6)
  - ha abbandonato il portatore di handicap (6)
  - non ha riconosciuto il portatore di handicap
  - (altra causa di mancanza della madre) ..... (7)
- eventuali dati identificati della madre del portatore di handicap:  
cognome e nome ....., nato il .....  
a ....., residente a .....  
in via .....

**G) Impossibilità a ricevere assistenza dal figlio. (5)**

Il portatore di handicap:

- non ha figlio con lui convivente
  - ha figlio con lui convivente ma affetto da patologia invalidante (6)
  - il figlio è deceduto
  - (altra causa di mancanza del figlio) ..... (7)
- eventuali dati identificati dei figli del portatore di handicap:

cognome e nome ....., nato il .....  
a ....., residente a .....  
in via .....

cognome e nome ....., nato il .....  
a ....., residente a .....  
in via .....

**H) Assenza di ricovero a tempo pieno – eccezione. (8)**

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.

**I) Referente unico.**

Il sottoscritto è referente unico per l'assistenza al portatore di handicap: pertanto, nessun altro familiare del suddetto portatore di handicap fruisce, per assistenza al medesimo, del congedo in oggetto né dei permessi ex art. 33 della legge 104/1992.

**J) 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 alle precedenti lett. E), F), G), H) - 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](mailto:dpo@asl1abruzzo.it) - pec [dpo@pec.asl1abruzzo.it](mailto: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 affet-

to 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) Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, circolare 18 febbraio 2010 , prot. 3884: «...al fine di addivenire ad una interpretazione del concetto di convivenza ... si ritiene giusto ricondurre tale concetto a tutte quelle situazioni in cui, sia il disabile che il soggetto che lo assiste abbiano la residenza nello stesso Comune, riferita allo stesso indirizzo: stesso numero civico anche se in interni diversi». Dipartimento della Funzione Pubblica, circolare 1 del 3 febbraio 2012: «...il requisito della convivenza potrà ritenersi soddisfatto anche nei casi in cui sia attestata, mediante la dovuta dichiarazione sostitutiva, la dimora temporanea, ossia l'iscrizione nello schedario della popolazione temporanea di cui all'art. 32 del d.P.R. n. 223 del 1989...».
- (5) Il diritto al congedo può essere riconosciuto per assistenza a fratello/sorella disabile a condizione che il coniuge o civilmente unito, i genitori ed i figli del predetto disabile siano deceduti, mancanti o affetti 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.
- (6) Allegare la documentazione probatoria.
- (7) Indicare la causa di mancanza diversa da quelle sopra indicate ed allegare la relativa documentazione probatoria.
- (8) 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.