

Oggetto: Congedo retribuito per l'assistenza del/della fratello/sorella portatore/portatrice di handicap grave ai sensi dell'art. 42, commi da 5 a 5-quinquies, del D.Lgs. 26 marzo 2001 n. 151 e ss.mm.ii.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ Prov. _____ cap _____ Via _____
n. _____ dipendente di questa Amministrazione, matr. _____ profilo
professionale _____ in servizio presso _____

tel. ufficio _____ tel. cell. _____, con contratto a tempo:

determinato indeterminato

full-time part-time verticale part-time orizzontale

CHIEDE (barrare la voce che interessa)

di fruire del **CONGEDO RETRIBUITO** previsto dall'art. 42, commi da 5 a 5-quinquies, del D.Lgs. 26 marzo 2001 n. 151/2001 (il periodo non può superare la durata complessiva di due anni per ciascuna persona portatrice di handicap e nell'arco della vita lavorativa)

per l'assistenza del/della **fratello/sorella** (nome e cognome): _____

per un periodo **continuativo di due anni**, a decorrere dal _____ (in caso di fruizione continuativa, ai fini del raggiungimento del limite di due anni si computano i giorni festivi e non lavorativi compresi nel periodo di congedo);

per un periodo **frazionato**, dal _____ al _____ e dal _____ al _____ (indicare, se del caso, gli ulteriori periodi) per un totale complessivo di giorni _____ (la fruizione è frazionata quando tra un periodo di congedo e l'altro c'è l'effettiva ripresa del lavoro),

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi, dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R.:

che il soggetto che necessita di assistenza è portatore di **handicap in situazione di gravità** ex art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertata ai sensi dell'art 4, comma 1 (si allega la relativa documentazione);

di essere **convivente** con il soggetto portatore di handicap (secondo gli indirizzi forniti dal Ministero del Lavoro, si ha "convivenza" quando il disabile e di chi lo assiste hanno la residenza nello stesso Comune, riferita allo stesso indirizzo; stesso numero civico, anche se interni diversi);

che il soggetto portatore di handicap in situazione di gravità **non è ricoverato a tempo pieno**;

oppure

che il soggetto portatore di handicap in situazione di gravità **è ricoverato a tempo pieno**, ma necessita della presenza di un soggetto che presti assistenza, come risulta dalla documentazione rilasciata dai sanitari della struttura che lo ospita, che si allega alla presente;

Dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti della citata normativa:

- **che il coniuge** (indicare nome e cognome) _____ **del soggetto con handicap in situazione di gravità è** (barrare la voce che interessa):

mancante (specificare: ad es. genitore divorziato, legalmente separato)

deceduto

affetto da patologia invalidante (si allega la relativa documentazione medica);

ed inoltre:

- **che il padre e la madre** (indicare nome e cognome) _____ **del soggetto con handicap in situazione di gravità sono entrambi** (barrare la voce che interessa):

mancanti (specificare: ad es. genitori divorziati, legalmente separati)

deceduti

affetti da patologia invalidante (si allega la relativa documentazione medica).

oppure che il/la padre/madre (indicare nome e cognome) _____ **del soggetto con handicap in situazione di gravità è** (specificare come sopra) _____ **e l'altro genitore** (indicare nome e cognome) _____ **è** (specificare come sopra) _____.

dichiara infine:

- **che il/i figlio/i** (indicare nome/i e cognome/i) _____ **del soggetto con handicap in situazione di gravità è/sono** (barrare la voce che interessa):

mancante (specificare) _____

deceduto

affetto da patologia invalidante (si allega la relativa documentazione medica)

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che durante il periodo di congedo in oggetto non è possibile fruire, nello stesso mese, dei tre giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104 del 1992 né degli equivalenti permessi orari previsti dall'art. 19 CCNL 6.7.95.

Allega alla presente:

verbale definitivo della ASL attestante lo stato di *handicap* grave del soggetto che necessita di assistenza, in originale o in copia dichiarata conforme all'originale dall'interessato, ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445/2000;

(laddove necessario) documentazione, in originale o in copia dichiarata conforme all'originale dall'interessato ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, proveniente dall'autorità sanitaria, giudiziaria o da altra pubblica autorità, che attesti la ricorrenza delle notizie e delle situazioni dichiarate nell'istanza (ad es., documentazione attestante la patologia invalidante del coniuge convivente con il genitore che necessita di assistenza, quale presupposto per l'accesso al beneficio da parte del figlio convivente con il genitore medesimo; documentazione relativa al soggetto che necessita di assistenza durante il ricovero, ecc.);

copia fotostatica del proprio documento di identità in corso di validità.

Il sottoscritto si impegna, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dalla normativa sopra richiamata, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie e delle situazioni oggetto di dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, a supporto della presente istanza.

Luogo e data

Il/La dipendente

Visto: Il Dirigente

(timbro e firma leggibile)

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30.06.2003, n. 196

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 si forniscono le seguenti informazioni:

- I dati da Lei forniti ai fini del riconoscimento del congedo di cui all'art. 42, comma 5, del D.Lgs. n. 151/2001 e ss.mm.ii. saranno trattati esclusivamente per tale scopo. Il trattamento sarà effettuato nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, in forma cartacea e con modalità informatizzate. Tali dati sono custoditi su supporti cartacei ed informatici per il tempo necessario al raggiungimento degli scopi per i quali i dati sono trattati ed, in ogni caso, per il tempo strettamente necessario prescritto dalle leggi vigenti per la conservazione degli atti dell'Amministrazione contenenti i dati stessi. Il trattamento e la custodia dei dati stessi avvengono con modalità tali da garantire la riservatezza e la sicurezza, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra. I dati saranno comunicati a terzi nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti o alle finalità previste dalla vigente normativa.
- Il titolare del trattamento è la Regione Molise – via Genova, 11 – 86100 Campobasso. Il responsabile del trattamento, anche ai fini dell'esercizio, da parte dell'interessato, dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03, è il Direttore del Servizio Gestione Risorse Umane – via Colitto 2/6 - 86100 Campobasso; dei dati forniti verranno a conoscenza i dipendenti del cennato Servizio, all'uopo incaricati ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 196/03.
- La S.V. ha il diritto in qualunque momento, contattando il responsabile del trattamento, di ottenere la conferma o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione (art. 7 del D.Lgs. n. 196/03). Ai sensi del medesimo articolo, si ha il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Luogo e data

Firma per esteso del dichiarante