CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO (ART. 42, CO. 5, D.LGS. 151/2001)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo ARTURO TOSCANINI
di APRILIA (LT)

OGGETTO: Richiesta di congedo straordinario retribuito per assistenza a familiare con disabilità grave ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (_____) il _____/_____/_____, C.F. _____, residente in _____ Via _____ n. ___, in servizio presso codesto Istituto in qualità di:

☐ Docente di _____

☐ Personale ATA – Profilo _____

con contratto di lavoro a:

☐ Tempo Indeterminato

☐ Tempo Determinato fino al _____/_____/_____

CHIEDE

di poter fruire del congedo straordinario retribuito previsto dall'art. 42, comma 5, del D.Lgs. 151/2001, per assistere il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ (_____) il _____/_____/_____, C.F. _____, riconosciuto/a persona in situazione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992, **dal giorno _____/_____/_____ al giorno _____/_____/_____** (per un totale di giorni _____).

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

1. Di avere diritto alla priorità nella fruizione del congedo secondo l'ordine tassativo previsto dall'art. 42, comma 5, del D.Lgs. 151/2001 (come modificato dal D.Lgs. 105/2022), in qualità di:

☐ Coniuge convivente / Parte dell'unione civile convivente / Convivente di fatto (art. 1, co. 36, L. 76/2016) della persona disabile;

☐ Padre o madre (anche adottivi/affidatari) in caso di mancanza, decesso o presenza di patologie invalidanti del coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto;

☐ Figlio/a convivente, in caso di decesso, mancanza o patologie invalidanti del coniuge/convivente e di entrambi i genitori;

☐ Fratello o sorella convivente, in caso di decesso, mancanza o patologie invalidanti di tutti i soggetti sopra elencati;

☐ Parente o affine entro il 3° grado convivente, in caso di decesso, mancanza o patologie invalidanti di tutti i soggetti sopra elencati;

(Specificare eventuale condizione di mancanza/decesso/patologia invalidante dei familiari aventi priorità: _____);

2. Che il/la sottoscritto/a è **convivente** con la persona disabile al seguente indirizzo: Via _____ n. ____, Comune di _____ (____) *(oppure: che instaurerà la convivenza prima dell'inizio del periodo di congedo richiesto, come da dichiarazione di cambio residenza/dimora temporanea allegata)*;

3. Che il familiare disabile **non è ricoverato a tempo pieno** presso strutture sanitarie o istituti specializzati (salvo richiesta dei sanitari della struttura di assistenza da parte di un familiare);

4. Che nessun altro familiare fruisce, nel medesimo periodo, del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001 né dei permessi mensili ex art. 33, comma 3, L. 104/1992 per il medesimo soggetto assistito;

5. Di aver già fruito, nel corso dell'intera vita lavorativa, di complessivi giorni _____ di congedo straordinario ex art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001 (e/o congedo per gravi motivi familiari ex art. 4, co. 2, L. 53/2000), e che altri familiari aventi diritto ne hanno già fruito per complessivi giorni _____, nel rispetto del limite massimo complessivo di **due anni (730 giorni)** per ciascuna persona disabile e nell'arco della vita lavorativa del/della dipendente;

6. Di essere a conoscenza che il periodo di congedo straordinario non produce effetti ai fini della maturazione delle ferie, della tredicesima mensilità e del trattamento di fine rapporto/fine servizio (TFS/TFR), mentre è utile ai fini del trattamento di quiescenza nei limiti del massimale annuo previsto dalla legge;

7. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato.

Allega:

- Copia del verbale della Commissione Medica attestante la disabilità grave (art. 3, comma 3, L. 104/1992), se non già agli atti della scuola;
- Eventuale documentazione sanitaria attestante patologie invalidanti dei familiari aventi ordine di priorità superiore;
- Certificato contestuale di Stato di famiglia, di Residenza;
- Dichiarazione sostitutiva degli altri familiari aventi diritto (Allegato 2-bis), qualora presenti, in merito ai periodi già fruiti e alla non contemporaneità di fruizione;
- Copia del documento d'identità in corso di validità.

Nota: la fruizione dei singoli giorni/ore di permesso dovrà essere comunicata di norma tramite specifica istanza/programmazione mensile, salvo comprovate situazioni di urgenza.

Luogo e data, _____ Firma del/della dipendente

_____

ALLEGATO 2-BIS – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEGLI ALTRI FAMILIARI (CONGEDO STRAORDINARIO)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo ARTURO TOSCANINI
di APRILIA (LT)

OGGETTO: Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) relativa alla fruizione del congedo straordinario ex art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001 e dei permessi ex art. 33, comma 3, L. 104/1992.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____) il ___/___/_____, C.F. _____, residente in _____ Via _____ n. ___, in qualità di _____ (indicare il grado di parentela/coniugio/unione civile/convivenza di fatto) del/della Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ (____) il ___/___/_____, C.F. _____, riconosciuto/a persona con disabilità in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 D.P.R. 445/2000), in relazione all'istanza di congedo straordinario presentata dal/dalla dipendente Sig./Sig.ra _____ per il periodo dal ___/___/_____ al ___/___/_____,

DICHIARA

1. Relativamente alla propria posizione lavorativa:

- ☐ Di essere lavoratore/lavoratrice dipendente presso _____ (Settore Pubblico / Privato);
- ☐ Di non essere lavoratore/lavoratrice dipendente (autonomo / pensionato / non occupato);

2. Relativamente ai periodi di congedo straordinario ex art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001 (e/o congedo non retribuito per gravi motivi familiari ex art. 4, comma 2, L. 53/2000) **già fruiti** dal/dalla sottoscritto/a per l'assistenza al/alla medesimo/a familiare disabile fino alla data odierna:

- ☐ Di NON aver mai fruito di alcun giorno di congedo straordinario / per gravi motivi familiari;
- ☐ Di aver già fruito di complessivi giorni _____ (dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso _____);

3. Che durante l'intero periodo di congedo straordinario richiesto dal/dalla Sig./Sig.ra _____ (dal ___/___/_____ al ___/___/_____), il/la sottoscritto/a **NON fruirà** né del congedo straordinario ex art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001 né dei permessi mensili retribuiti ex art. 33, comma 3, della Legge 104/1992 per il/la medesimo/a familiare assistito/a;

4. *(Compilare solo in caso di scorrimento dell'ordine di priorità per patologia invalidante del familiare avente diritto prioritario)* Di essere affetto/a da patologia invalidante rientrante tra quelle individuate dall'art. 2, comma 1, lett. d), del D.M. 21 luglio 2000, n. 278, come da idonea certificazione medica allegata, che impedisce di prestare assistenza continuativa al familiare disabile;

5. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Amministrazione scolastica ogni eventuale variazione rispetto a quanto sopra dichiarato.

Allega:

- Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità del/della dichiarante (obbligatoria ai sensi dell'art. 38, comma 3, D.P.R. 445/2000);
- Eventuale certificazione sanitaria attestante la patologia invalidante (solo se ricorre l'ipotesi di cui al punto 4).

Informativa privacy: i dati personali raccolti sono trattati dall'Istituzione Scolastica esclusivamente per le finalità istituzionali connesse alla gestione del procedimento amministrativo, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003.

Luogo e data, _____

Firma del/della familiare dichiarante

_____