

Al Dirigente Scolastico  
Circolo Didattico 6  
Rimini

**DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO  
(art. 42, comma 5, d.lgs 26 marzo 2001, n.151)**

Il/La sottoscritto/a....., nato/a a.....,  
il ....., residente a ....., in via  
....., n. ...., tel..... in servizio presso  
.....,

**Chiede**

ai sensi dell'art. 42, comma 5, del d.lgs. n.151/2001 di poter fruire di un periodo di congedo straordinario retribuito per assistere il ..... (indicare grado parentela) sig./sig.ra ..... nato/a a ..... prov. .... il ..... C.F..... in situazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 5 febbraio 1992:

dal ..... al .....

A tal fine il/la sottoscritt..., consapevole, ai sensi dell'art. 76 del d.p.r. n. 445 del 28 dicembre 2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

**Dichiara**

1. di essere convivente con il soggetto da assistere in condizione di disabilità grave<sup>1</sup>;
2. che il soggetto da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992;
3. che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
4. in relazione all'ordine di fruizione del beneficio che: .....
5. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di giorni pari a.....;

---

<sup>1</sup> Il requisito della convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica ovvero, in caso contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la propria dimora temporanea presso la residenza dell'altro e quindi risulti iscritto, ai sensi dell'art.32 del d.p.r. n.223 del 30 maggio 1989, nello schedario della popolazione temporanea del comune.

6. di aver fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni, pari a.....;
7. che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave hanno già fruito del predetto congedo - i seguenti familiari:
  - i genitori (nome..... cognome..... C.F. .... dipendente presso .....) per n..... giorni;
  - i figli conviventi (nome..... cognome ..... C.F..... dipendente presso .....) per n..... giorni;
  - i figli conviventi (nome..... cognome ..... C.F..... dipendente presso .....) per n..... giorni;
8. di aver già usufruito di periodi di congedo straordinario non retribuito "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell'8 marzo 2000) nell'arco della propria vita lavorativa per n.....giorni;
9. che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
10. che il disabile è ricoverato in stato vegetativo persistente e/o in situazione terminale;
11. che il disabile è ricoverato ma deve recarsi al di fuori della struttura sanitaria per effettuare prestazioni specialistiche;
12. che il soggetto disabile è ricoverato ma la struttura sanitaria ha richiesto l'assistenza del familiare;
13. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento penale e decadere da eventuali benefici ottenuti;
14. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, che, pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
15. 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 del disabile.

Si allega alla presente:

1. dichiarazione del soggetto assistito
2. ....

Rimini, data \_\_\_\_\_

Firma .....

***Informativa sul trattamento dei dati personali  
(art.13 del d.lgs n.196 del 30 giugno 2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali)***

L'Amministrazione, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati raccolti con le presenti dichiarazioni saranno trattati nel rispetto delle norme contenute nel Codice, della legge e dei regolamenti al fine di espletare la funzione in materia amministrativa su base sanitaria. Il trattamento dei dati avverrà ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare l'impossibilità o ritardi nella definizione del procedimento che la riguarda. L'amministrazione la informa infine che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto

dall'art.7 del Codice in argomento , rivolgendosi direttamente al dirigente responsabile competente all'istruttoria della presente domanda.

ALLEGATO ALLA DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO  
(art. 42, comma 5, d.lgs 26 marzo 2001, n.151)

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il  
..... C.F. .... Residente a .....  
prov. .... in via ..... Cap .....,  
consapevole, ai sensi dell'art. 76 del d.p.r. n. 445 del 28 dicembre 2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara

- di essere ..... del richiedente;
- di non essere ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- di essere assistito dal ..... richiedente Sig.ra .....,

Luogo e data .....

Firma \_\_\_\_\_  
(se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente a un documento di riconoscimento)