

**AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N.5  
BASSA FRIULANA**

**DOMANDA DI CONGEDO SPECIALE RETRIBUITO  
PER FIGLI / CONIUGE /FRATELLI o SORELLE / GENITORE CON HANDICAP GRAVE**

(art. 4 bis, della L. 08.03.2000, n. 53, come integrata dall'art. 42, D.Lgs. 26.03.2001, n. 151/ sentenze C. Costituz. n. 158 dd. 18.4.07 e n. 19 dd. 30.01.09)

<b>QUADRO A</b>	<b>RICHIEDENTE</b>
Il/la sottoscritto/a _____	
nato/a a _____ il _____ residente a _____	
in Via _____ n° _____ tel. _____	
dipendente dell' (Azienda/Istituto) _____ in qualità di _____	
presso la struttura _____	

**CHIEDE**

**di fruire del congedo** straordinario spettante ai genitori/coniugi/figli di soggetti portatori di handicap grave e della relativa indennità spettante in base al D.Lgs su citato

<b>QUADRO B</b>	<b>PARENTE ESISTENTE IN VITA CON HANDICAP GRAVE</b>
Nome e Cognome _____	
nato/a a _____ il _____ residente a _____	
in Via _____ n°. _____ e domiciliato a _____	
in Via _____ n°. _____ il cui grado di parentela rispetto al richiedente	
risulta essere : _____ (in caso di affidamento/adozione) ingresso in famiglia ____/____/____	
<input type="checkbox"/> portatore di handicap grave, accertato con verbale definitivo dalla ASL di _____ in data ____/____/____ (da allegare)	
<input type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati	
<input type="checkbox"/> non impegnato in attività lavorativa	
<input type="checkbox"/> di essere convivente con il soggetto portatore di handicap come desunto dallo stato di famiglia (non allegare in caso di figli minori)	

<b>QUADRO C</b>	<b>PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI</b>
<p><b>Il/la sottoscritto/a chiede di poter fruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi.</b></p>	
dal _____ al _____ dal _____ al _____	
dal _____ al _____ dal _____ al _____	
<p><b>In ottemperanza a quanto disposto dal art. 2 comma 1 del DM 278/2000 si allega idonea documentazione atta a giustificare la fruizione del congedo (sopravvenute condizioni contingenti, gravi o particolari)</b></p>	
(allegato quindi : _____)	

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

di esser dipendente  
con contratto

a tempo indeterminato

a part time verticale (periodi di prevista  
attività di lavoro: \_\_\_\_\_)

di NON aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

(se presso altro Ente/Azienda indicare nome e città) \_\_\_\_\_

di NON aver già fruito di periodi di aspettativa "per gravi e documentati motivi familiari"(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)

di aver già fruito di periodi di aspettativa "per gravi e documentati motivi familiari"(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

(se presso altro Ente/Azienda indicare nome e città) \_\_\_\_\_

che altri parenti NON hanno già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

che altri parenti hanno già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

(se presso altro Ente/Azienda indicare nome e città) \_\_\_\_\_

di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati al quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone con handicap.

(nel caso di genitore unico barrare ed allegare documentazione)

che l'altro genitore non è vivente ovvero di essere genitore unico (da certificare)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA**

di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo

di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta/Ente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di non aver chiesto, per lo stesso soggetto handicappato, nei periodi indicati al quadro C, congedi straordinari retribuiti, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi.

di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

(se presso altro Ente/Azienda indicare nome e città) \_\_\_\_\_

di aver già fruito di congedi straordinari **NON** retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari"(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

(se presso altro Ente/Azienda indicare nome e città) \_\_\_\_\_

di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati al quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone con handicap, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi.

**Firma**

\_\_\_\_\_  
DEL/ DELLA RICHIEDENTE

Data \_\_\_\_\_

**QUADRO F**

**DICHIARAZIONE E COMPOSIZIONE  
COABITATIVA DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE  
(non compilare in caso di figli minori con handicap)**

Il/la sottoscritto/a dichiara

1. di assistere il succitato parente con continuità per cui la cura allo stesso viene rivolta in modo sistematico, costante ed adeguato, come risulta dal piano di assistenza riportato nel successivo quadro H
2. di allegare il piano di assistenza (eventualmente utilizzando il quadro H) <sup>1</sup>
3. di assistere il succitato parente in modo esclusivo ed a tal fine dichiara, inoltre che:

nessun soggetto convive con il parente disabile

ovvero

il portatore di handicap convive con i seguenti soggetti (esclusi i familiari minori) per cui la sua composizione coabitativa risulta essere:

<u>Nome e cognome</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Rapporto con il parente disabile</u>	<u>Azienda</u>

**QUADRO G**

**ELENCO DEI PARENTI DELLA PERSONA CON HANDICAP  
LAVORATORI PUBBLICI O PRIVATI  
E CHE POTREBBERO, QUINDI, BENEFICIARE DEL CONGEDO**

*(non compilare in caso di figli minori con handicap)*

**Coniuge** <sup>2</sup> o **Parenti** di primo grado: genitori

<u>Nome e cognome</u>	<u>Residenza Domicilio</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Rapporto di parentela (con il parente disabile)</u>	<u>Azienda</u>

**Parenti** di secondo grado: fratelli e sorelle

<u>Nome e cognome</u>	<u>Residenza Domicilio</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Rapporto di parentela (con il parente disabile)</u>	<u>Azienda</u>

**Parenti** di primo grado: figli

<u>Nome e cognome</u>	<u>Residenza Domicilio</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Rapporto di parentela (con il parente disabile)</u>	<u>Azienda</u>

*(ferma restando la possibilità di autocertificazione, ai fini di agevolare la tempistica dell'istruttoria, si consiglia di presentare la dichiarazione del datore di lavoro che certifichi la non fruizione del beneficio)<sup>3</sup>*

**Il/la sottoscritto/a dichiara che non esistono altri parenti lavoratori, aventi diritto al di fuori di quelli su indicati**

<sup>1,2,3</sup> Testo integrato con nota ARS prot. n. 3622 del 5.08.09

**FAC SIMILE DI DICHIARAZIONE DEL  
PIANO DI ASSISTENZA RIVOLTA AL PARENTE DISABILE  
(non compilare in caso di figli minori)**

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- di prestare assistenza al parente disabile in modo **ESCLUSIVO**
- di rivolgere al soggetto portatore di handicap grave il sostegno necessario in modo **PERMANENTE, CONTINUATO e GLOBALE** poiché con **ASSIDUITA'** e **COSTANZA** presta al soggetto un servizio **ADEGUATO e SISTEMATICO**.

Consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara inoltre:

1. di prestare assistenza mediamente per un totale di \_\_\_\_\_ ore al mese.
2. che solitamente l'assistenza viene effettuata dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ o dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
3. che l'assistenza viene garantita per un totale minimo di ore \_\_\_\_\_ giornaliere
4. che nelle ore in cui il/la sottoscritto/a non assiste il disabile l'assistenza viene comunque garantita da \_\_\_\_\_
5. che nelle giornate in cui il/la sottoscritto/a non assiste il disabile l'assistenza viene garantita comunque da \_\_\_\_\_
6. che l'assistenza rivolta al parente disabile si configura prevalentemente in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. **che** (campo libero per eventuali ulteriori dichiarazioni che potrebbero essere utili a dimostrare l'assistenza esclusiva e continuata) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In ottemperanza all'art. 71 del DPR 445/00 l'Amministrazione, anche attraverso altri organi istituzionali (INPS, Guardia di Finanza, Carabinieri, Polizia, Comune, ecc.) può avviare controlli idonei al fine di accertare la veridicità di quanto dichiarato.

**RIEPILOGO DEI QUADRI COMPILATI**

<input type="checkbox"/> Quadro A	<i>DATI DEL RICHIEDENTE</i>
<input type="checkbox"/> Quadro B	<i>DATI DEL PARENTE CON HANDICAP GRAVE</i>
<input type="checkbox"/> Quadro C	<i>PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI</i>
<input type="checkbox"/> Quadro D	<i>DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE</i>
<input type="checkbox"/> Quadro E	<i>DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE (solo se richiesto per i figli)</i>
<input type="checkbox"/> Quadro F	<i>DICHIARAZIONE E COMPOSIZIONE COABITATIVA DELLA PERSONA CON HANDICAP</i>
<input type="checkbox"/> Quadro G	<i>ELENCO DEI PARENTI DELLA PERSONA CON HANDICAP LAVORATORI PUBBLICI O PRIVATI CHE POTREBBERO BENEFICIARE DEL CONGEDO (non compilare in caso di figli minori)</i>
<input type="checkbox"/> Quadro H	<i>FAC SIMILE DI DICHIARAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA RIVOLTA AL PARENTE</i>

**ALLEGATI n° \_\_\_\_\_** documenti e precisamente:

n° \_\_\_ verbale della commissione medico legale

n° \_\_\_ stato di famiglia

n° \_\_\_ dichiarazioni dei datori di lavoro dei parenti di cui al quadro G

altro

---

---

**Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare:**

- **l'eventuale ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituti specializzati**
- **la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL**
- **variazioni della composizione coabitativa del soggetto portatore di handicap**
- **variazioni riguardanti i parenti lavoratori pubblici e privati**
- **variazioni del piano d'assistenza**

**ovvero**

**qualunque altra informazione che potrebbe comportare una modifica al beneficio di cui alla Legge 104/92 e SMEI**

### SOTTOSCRIZIONE DELLE DICHIARAZIONI SUCCITATE

Il/la sottoscrittato/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

Dichiara di prendere atto degli articoli 71, 75 e 76 del DPR 445/2000:

- “Le Amministrazioni sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive”
- “Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici”
- “Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia”.

**Il/la sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali per finalità strettamente connesse con l'esecuzione della legge n. 104/1992**

**Firma**

\_\_\_\_\_  
DEL/ DELLA RICHIEDENTE

Data \_\_\_\_\_



### NOTE DELL'UFFICIO PREPOSTO

All'atto della presentazione della domanda, in applicazione di quanto stabilito dall'art 71 del DPR 445/2000, l'Ufficio avvierà i seguenti controlli:

- nota alla sede INPS di \_\_\_\_\_ per informazioni riguardanti \_\_\_\_\_
- nota alla Guardia di Finanza al fine di accertare \_\_\_\_\_
- nota ai Carabinieri al fine di accertare \_\_\_\_\_
- nota al Comune di \_\_\_\_\_ al fine di accertare \_\_\_\_\_
- nota a \_\_\_\_\_

**L'invio per gli accertamenti di cui all'art. 71 del DPR 445/00 si ritengono:**

- necessari ma da effettuare in data successiva
- NON necessari

Timbro data e firma