



Al Responsabile dell'Unità Operativa Risorse Umane  
SEDE

**ASSENZA PER ASSISTENZA A FIGLIO DISABILE – PROLUNGAMENTO DEL CONGEDO PARENTALE (DLgs 151/2001 - ART.33)**

Il/La sottoscritto/a

codice fiscale

nato/a a

il

residente a

in via

in servizio presso l'U.O. di

nella qualifica di

in riferimento a quanto previsto dall'art. 33 del D.Lgs 151/2001, così come modificato dal D.Lgs 119/2011, per l'assistenza al/alla figlio/a:

codice fiscale

nato/a a

il

dichiarato/a dalla competente commissione in situazione di handicap grave ai sensi dell'art.3 comma 1 e 3 della legge 104/1992, come da documentazione:

- Che si allega alla presente domanda
- Già consegnata a questa Azienda ai fini dell'autorizzazione dei permessi ai sensi dell'art.33 legge 104/1992

CHIEDE

di assentarsi dal lavoro nel periodo dal al

per fruire del prolungamento fino al periodo massimo di 3 anni del congedo parentale a norma dell'art. 33 del D.lgs n. 151/2001, con trattamento economico pari al 30% (**codice GASD**)

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

**dichiara** che (barrare le opzioni che interessano):

il figlio NON è ricoverato a tempo pieno in struttura ospedaliera o/o residenziale

l'altro genitore:

Sig./ra

codice fiscale

non dipendente

dipendente presso il seguente datore di lavoro

è dipendente pubblico:

SI

NO

NON beneficia delle agevolazioni di cui all'art. 33 comma 2 e 3 per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a

beneficia delle agevolazioni di cui all'art. 33 comma 2 e 3 per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a.

dichiara inoltre che:

- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza
- è 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 per l'effettiva tutela dei disabili
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Data

Firma del dipendente.....

Da compilare a cura dell'UO Risorse Umane

<p>Visto, si attesta che il dichiarante _____ consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e previamente identificato, ha reso e sottoscritto in mia presenza la suesposta dichiarazione.</p> <p style="text-align: right;">(timbro d'ufficio)</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p>Il dichiarante presenta copia del documento di identità _____</p>
--

<p>Al Direttore/Responsabile del _____ per conoscenza.</p> <p>Data, _____ l'addetto Ufficio Presenze Assenze _____</p>
--

Responsabile U.O. Risorse Umane	Ufficio Stipendi
---------------------------------	------------------