



**SUMAP – Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale**

Oggetto: **DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA A FAMILIARI CON DISABILITA' GRAVE**  
(art.42 D.Lgs. 151/2001 e s.m.i.) – **MODELLO UNICO**

**AL DIRETTORE DELL'U.O. RISORSE UMANE -SEDE**

**DATI RELATIVI AL LAVORATORE RICHIEDENTE IL CONGEDO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI AL FAMILIARE DISABILE DA ASSISTERE**

Il congedo si riferisce al/alla sig./ra \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Dichiarato 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

**PERIODO DI CONGEDO RICHIESTO**

Si chiede di usufruire del congedo straordinario spettante per l'assistenza a familiari in condizione di handicap grave e della relativa indennità (art. 42 decreto legislativo n. 151/2001) nei seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

NB Ferme restando le condizioni di autorizzazione del congedo, il periodo richiesto diventa un diritto decorsi 60 gg. dalla richiesta; per richieste presentate con minor anticipo, il periodo di fruizione è oggetto di valutazione da parte del competente Responsabile

**SITUAZIONE DI PARENTELA**

**il disabile da assistere è:** ( barrare la situazione che interessa)

<input type="checkbox"/> è coniuge del richiedente	<input type="checkbox"/> è figlio/a del richiedente
<input type="checkbox"/> è genitore del richiedente	<input type="checkbox"/> è fratello/sorella del richiedente
<input type="checkbox"/> parente entro il 3° grado, e precisamente: _____ del richiedente	



⇒ **D) Situazione di parentela: IL DISABILE E' FRATELLO/SORELLA DEL RICHIEDENTE**

Il sottoscritto dichiara che il disabile:

il disabile è fratello/sorella <b>convivente</b> del richiedente (da documentare)	SI	NO	
il disabile è coniugato	SI	NO	
se <b>SI</b> , dichiaro che il <b>coniuge convivente</b> del disabile è:	deceduto	SI	NO
mancante (per celibato, divorzio, separazione legale o abbandono)	SI	NO	
portatore di patologie invalidanti (DM 21.7.2000, n.278)(da documentare)	SI	NO	
titolare di indennità di accompagnamento (da documentare)	SI	NO	
riconosciuto in condizioni di handicap grave (da documentare)	SI	NO	
il padre del disabile è:	deceduto	SI	NO
mancante (per celibato, divorzio, separazione legale o abbandono)	SI	NO	
portatore di patologie invalidanti (DM 21.7.2000, n.278)(da documentare)	SI	NO	
titolare di indennità di accompagnamento (da documentare)	SI	NO	
riconosciuto in condizioni di handicap grave (da documentare)	SI	NO	
la madre del disabile è:	deceduto	SI	NO
mancante (per celibato, divorzio, separazione legale o abbandono)	SI	NO	
portatore di patologie invalidanti (DM 21.7.2000, n.278)(da documentare)	SI	NO	
titolare di indennità di accompagnamento (da documentare)	SI	NO	
riconosciuto in condizioni di handicap grave (da documentare)	SI	NO	
i figli conviventi del disabile sono:	deceduto	SI	NO
mancante (per celibato, divorzio, separazione legale o abbandono)	SI	NO	
portatore di patologie invalidanti (DM 21.7.2000, n.278)(da documentare)	SI	NO	
titolare di indennità di accompagnamento (da documentare)	SI	NO	
riconosciuto in condizioni di handicap grave (da documentare)	SI	NO	
è ricoverato a tempo pieno in struttura ospedaliera o/o residenziale	SI	NO	
se <b>SI</b> , allego certificazione sanitaria attestante le condizioni di cui alla circolare Funzione Pubblica n.13 del 6.12.10 - punto 5 a)	SI	NO	
è impegnato in attività lavorativa	SI	NO	
che altri familiari hanno usufruito di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave	SI	NO	
se <b>SI</b> , dichiaro che che altri familiari hanno i usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave			

⇒ **E) Situazione di parentela: IL DISABILE E' \_\_\_\_\_ (parente/affine entro il 3° grado) DEL RICHIEDENTE**

Il sottoscritto dichiara che il disabile:

il disabile è parente/affine entro il 3° grado <b>convivente</b> del richiedente (da documentare)	SI	NO	
il disabile è coniugato	SI	NO	
se <b>SI</b> , dichiaro che il <b>coniuge convivente</b> del disabile è:	deceduto	SI	NO
mancante (per celibato, divorzio, separazione legale o abbandono)	SI	NO	
portatore di patologie invalidanti (DM 21.7.2000, n.278)(da documentare)	SI	NO	
titolare di indennità di accompagnamento (da documentare)	SI	NO	
riconosciuto in condizioni di handicap grave (da documentare)	SI	NO	
il padre del disabile è:	deceduto	SI	NO
mancante (per celibato, divorzio, separazione legale o abbandono)	SI	NO	
portatore di patologie invalidanti (DM 21.7.2000, n.278)(da documentare)	SI	NO	
titolare di indennità di accompagnamento (da documentare)	SI	NO	
riconosciuto in condizioni di handicap grave (da documentare)	SI	NO	
la madre del disabile è:	deceduto	SI	NO
mancante (per celibato, divorzio, separazione legale o abbandono)	SI	NO	
portatore di patologie invalidanti (DM 21.7.2000, n.278)(da documentare)	SI	NO	
titolare di indennità di accompagnamento (da documentare)	SI	NO	
riconosciuto in condizioni di handicap grave (da documentare)	SI	NO	
i figli conviventi del disabile sono:	deceduto	SI	NO
mancante (per celibato, divorzio, separazione legale o abbandono)	SI	NO	
portatore di patologie invalidanti (DM 21.7.2000, n.278)(da documentare)	SI	NO	
titolare di indennità di accompagnamento (da documentare)	SI	NO	
riconosciuto in condizioni di handicap grave (da documentare)	SI	NO	
I fratelli/sorelle conviventi del disabile sono:	deceduto	SI	NO
mancante (per celibato, divorzio, separazione legale o abbandono)	SI	NO	
portatore di patologie invalidanti (DM 21.7.2000, n.278)(da documentare)	SI	NO	
titolare di indennità di accompagnamento (da documentare)	SI	NO	
riconosciuto in condizioni di handicap grave (da documentare)	SI	NO	
è ricoverato a tempo pieno in struttura ospedaliera o/o residenziale	SI	NO	
se <b>SI</b> , allego certificazione sanitaria attestante le condizioni di cui alla circolare Funzione Pubblica n.13 del 6.12.10 - punto 5 a)	SI	NO	
è impegnato in attività lavorativa	SI	NO	
che altri familiari hanno usufruito di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave	SI	NO	
se <b>SI</b> , dichiaro che che altri familiari hanno i usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave			

I periodi richiesti non rilevano ai fini della tredicesima mensilità e del trattamento di fine rapporto. Dal punto di vista economico e pensionistico vengono corrisposte le voci fisse e continuative del trattamento stipendiale, fino ad un importo massimo annuo, comprensivo della contribuzione, pari a 47.446,00 euro per l'anno 2017.

Si attesta di aver preso visione delle condizioni sopra espresse e in particolare, che per il personale dirigenziale, l'indennità corrisposta è inferiore al trattamento economico percepito.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento.

**SPAZIO RISERVATO UNITA' OPERATIVA RISORSE UMANE**

Al Direttore/Responsabile dell'UO Medicina Legale per parere in merito alla documentazione allegata se ed in quanto rientrante nelle patologie definite dall'art.2 del DM 278/2000

Data, \_\_\_\_\_ l'addetto Ufficio Presenze Assenze \_\_\_\_\_

Al Direttore/Responsabile del \_\_\_\_\_ per le valutazioni di competenza

Data, \_\_\_\_\_ l'addetto Ufficio Presenze Assenze \_\_\_\_\_

NB Ferme restando le condizioni di autorizzazione del congedo, il periodo richiesto diventa un diritto decorsi 60 gg. dalla richiesta; per richieste presentate con minor anticipo, il periodo di fruizione è oggetto di valutazione da parte del competente Responsabile

Responsabile UO Risorse Umane	Ufficio Stipendi
-------------------------------	------------------

**Annotazione su parentela e affinità:**

Grado	parentela	affinità
primo grado	genitori, figli	suocero/a, nuora, genero
secondo grado	nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli di figli)	cognati
terzo grado	bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e/o sorelle)	zii acquisiti, nipoti acquisiti