SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

REGIONE LAZIO

AL DIRETTORE UOC POLITICHE DEL PERSONALE
pec: personale.aslrieti@pec.it

ASPETTATIVA RETRIBUITA PER ASSISTENZA A FAMILIARE DISABILE
(ART. 42, COMMA 5, D.LGS 151/2001)

Ai sensi del DPR 445/2000 ***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. (Art. 76 del DPR 445/2000 "Norme penali- chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia")***

Il/La sottoscritto/a (cognome)_____(nome)_____

Matricola_____ Codice Fiscale _____ nato il _____

nato/a_____ residente nel Comune di _____

provincia _____ CAP_____ indirizzo _____

dipendente della Asl di Rieti con la qualifica di _____

in servizio presso_____

Tel_____ email _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art.42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, di fruire di n._____

giorni di congedo straordinario retribuito dal _____al_____

_____

per assistere il sottoindicato familiare con handicap grave accertato:

_____nato a _____il_____

(cognome e nome)

Residente in_____ prov_____ CAP _____

Via_____

E di avere con il suddetto familiare il seguente grado di parentela:

☐ **CONIUGE CONVIVENTE**

_____nato a _____il_____
(cognome e nome)
Residente in_____prov_____

Via_____CAP_____

☐ **GENITORE CONVIVENTE** (anche adottivo, in caso di mancanza, decesso o in presenza di malattie invalidanti del coniuge convivente)

_____nato a _____il_____
(cognome e nome)
Residente in_____prov_____

Via_____CAP_____

☐ **FIGLIO CONVIVENTE** (in caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre o della madre, anche adottivi)

_____nato a _____il_____
(cognome e nome)

☐ **FRATELLO/SORELLA CONVIVENTE** (in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi)

_____nato a _____il_____
(cognome e nome)
Residente in_____prov_____

Via_____CAP_____

☐ **PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO CONVIVENTE** (in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti degli altri soggetti sopra elencati)

_____nato a _____ il_____
(cognome e nome)
Residente in_____ prov_____

Via_____CAP_____

DICHIARA
(Ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii)

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. (Art. 76 del DPR 445/2000 "Norme penali- chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia")

☐ Che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art.33, comma 3, della legge n. 104/92:

- ☐ come da documentazione già agli atti d'Ufficio, **ovvero**
- ☐ come da documentazione che si allega in copia (che può essere prodotta dall'interessato anche in forma di autodichiarazione ai sensi del D.P.R n. 445/2000);

☐ Di essere convivente-ovvero di avere medesima residenza anagrafica e di coabitare – con il familiare da assistere in _____

CAP_____ Via_____;

☐ Che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito in questione, né di permessi di cui all'art.33 della Legge 104/92, per l'assistenza al medesimo soggetto,

☐ Che In caso di istanza prodotta dal **genitore del disabile**, **l'altro genitore, negli stessi giorni, non fruisce dei benefici di cui all'art. 33 commi 2 e 3 della legge 104/92 e art. 33, comma 1, del D.Lgs n. 151/2001 (permessi e prolungamento del congedo parentale)**

☐ Che il soggetto disabile **non è ricoverato** a tempo pieno **ovvero**,

- ☐ che la struttura sanitaria presso la quale il disabile è ricoverato a tempo pieno

(indicare denominazione e sede struttura) _____

ha richiesto espressamente la presenza del familiare che presta assistenza;

☐ Che non vi siano i seguenti altri familiari legittimati a fruire, in via prioritaria ai sensi dell'art 5, del congedo in questione, secondo l'ordine indicato dalla Legge:

- ☐ Coniuge convivente
- ☐ Genitori conviventi
- ☐ Figli conviventi
- ☐ Fratelli o sorelle conviventi
- ☐ Parenti e/o affini dentro il terzo grado conviventi

- ☐ Che, nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili:
  - ☐ **Ha già fruito** di periodi di congedo straordinario retribuito per handicap grave
  - ☐ **Non ha fruito** di periodi di congedo straordinario retribuito per handicap grave
- ☐ Che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave altri familiari
  - ☐ **Hanno già fruito** di periodi di congedo straordinario retribuito per handicap grave
  - ☐ **Non hanno fruito** di periodi di congedo straordinario retribuito per handicap grave
  - ☐ Che per "per gravi e documentati motivi familiari" (art.4, comma 2, Legge n.53 dell'8 marzo 2000) nell'arco della propria vita lavorativa:
    - ☐ **Ha fruito** di congedo straordinario **non** retribuito
    - ☐ **Non ha fruito** di congedo straordinario **non** retribuito

Il sottoscritto dichiara infine di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modello.

Si allega copia fotostatica del documento di identità.

Data. _____ **Firma dipendente**

_____

Presa visione:

Coordinatore

_____
(timbro e firma)

Incarico Organizzazione

_____
(timbro e firma)

Direttore UOC/ Responsabile UOS/UOSD

_____
(timbro e firma)