



CITTA' DI SANTA MARINELLA  
PROVINCIA DI ROMA

**CONGEDO RETRIBUITO PER GRAVI MOTIVI FAMILIARI**

(art. 42, comma 5, D.Lgs. 151 /2001 - Sentenza n. 19/2009 Corte Costituz.)

Al Responsabile del Servizio

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dipendente del Comune di Santa Marinella con il  
profilo professionale di \_\_\_\_\_ Cat \_\_\_\_\_  
con contratto a tempo:

indeterminato                      full-time                      part-time  
determinato      dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter fruire di un CONGEDO RETRIBUITO PER GRAVI MOTIVI ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D.Lgs.n. 151/2001, di anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ (il periodo non può essere superiore a due anni nell'arco della vita lavorativa) per un periodo continuativo;

per un periodo frazionato (le cui modalità saranno concordate con il Responsabile della struttura di appartenenza);

riguardante il soggetto sotto indicato, convivente in condizione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992:

genitore                      figlio                      coniuge                      fratello/sorella

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Per l'assistenza a fratelli o sorelle dichiara che i propri genitori sono deceduti ovvero sono impossibilitati a provvedere all'assistenza perché totalmente inabile;

---

A tal fine dichiara:

di essere convivente con il suddetto congiunto portatore di handicap (per convivenza si deve fare riferimento alla residenza, luogo in cui la persona ha la dimora abituale ai sensi dell'art. 43 cod. civ.);

che il convivente è portatore di handicap in situazione di gravità di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertata, ai sensi dell'art 4, co. 1 (si allega la relativa documentazione);

Rivedibile:        SI                                NO

che non è ricoverato a tempo pieno;

che non è impegnato in attività lavorativa;

che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri per assistere il familiare con disabilità (art 33 L. 104/92 e art. 42 D Lgs. 151/01);

che non ci sono altri soggetti in grado di prendersi cura del familiare disabile; che gli altri figli conviventi, coniuge e/o i fratelli del genitore non hanno mai usufruito di giorni di congedo straordinario (con paga o senza paga) per lo stesso familiare in condizione di disabilità grave;

che gli altri figli conviventi, coniuge e/o i fratelli del genitore hanno usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario (con paga o senza paga) per lo stesso familiare in condizione di disabilità grave;

#### DICHIARA INOLTRE

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari retribuiti per lo stesso familiare o per altro familiare

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

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

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari NON retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art 4, comma 2. L.53/2000)

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

che, nel caso di genitore, è l'unico ad usufruire di detto congedo o che il congedo è usufruito in maniera alternativa con \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, etc...

Il sottoscritto, è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

Il/La dipendente

Santa Marinella, data \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.*

VISTO: Il Responsabile del Servizio

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ALLEGATI

Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica)

\_\_\_\_\_



Tra un periodo e l'altro è necessaria l'effettiva ripresa del lavoro.

Per il computo del periodo massimo di due anni la durata convenzionale è di 365 giorni. Il sottoscritto è a conoscenza che il congedo fruito ai sensi della presente normativa alternativamente da entrambi i genitori non può superare la durata complessiva di due anni; durante il periodo di congedo entrambi i genitori non possono fruire dei benefici di cui all'[articolo 33, commi 2 e 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), fatte salve le disposizioni di cui ai commi 5 e 6 del medesimo articolo.

Il dipendente ha diritto a fruire del congedo entro sessanta giorni dalla richiesta.

La presente richiesta dovrà essere inviata al Servizio Personale per gli ulteriori adempimenti

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art 13 D.Lgs. 196/2003)**

*I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.*

*Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Santa Marinella; il responsabile è il Responsabile del Servizio Personale.*

*I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.*

*L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.*

---