**A Z I E N D A U S L D I P E S C A R A**

**Azienda Pubblica**

**Spett.le UOC Dinamiche del Personale**

**Azienda USL di Pescara**

**SEDE di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI CONGEDO per eventi e cause particolari**

**PER ASSISTERE IL/LA FIGLIO/A**

**(ART. 42, COMMA 5, D.Lgs. 26 marzo 2001, n.151)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO/A A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV.\_\_\_\_IL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV. DI\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE (Allegare fotocopia del tesserino di Cod. Fisc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIPENDENTE DI CODESTA AZIENDA USL NEL PROFILO PROFESSIONALE DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. A TEMPO INDETERMINARO DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. A TEMPO DETERMINATO DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. FULL TIME
4. PART TIME (PERCENTUALE %\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
5. ORIZZONTALE
6. VERTICALE

IN SERVIZIO PRESSO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFONO N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(specificare Ufficio o U.O. di appartenenza)

**CHIEDE**

Ai sensi dell’art. 42, comma 5, del D.L.vo n.151/2001, poter fruire del congedo retribuito per eventi e cause particolari:

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

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

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

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

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

per assistere il/la **FIGLIO/A** Sig./Si.g.a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato /a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.a.p.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soggetto con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell’art. 4, comma 1, della Legge 5 febbraio 1992, numero 104, in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell’art.47 del citato D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

1. Che negli stessi giorni di congedo straordinario richiesto, l’altro genitore non fruisce dei benefici ex art.33 della legge n.104/1992 (permessi e prolungamento del congedo parentale);

Che il coniuge del disabile in situazione di gravità è:

1. Mancante (1)
2. Deceduto
3. Affetto da patologie invalidanti(2)
4. che il disabile da assistere non è ricoverato /a a tempo pieno presso Istituti Specializzati;
5. è ricoverato a tempo pieno presso la seguente struttura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**N.B.** In tal caso il congedo straordinario può essere concesso qualora risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare richiedente il congedo.

**Dichiara altresì:**

1. di non aver fruito per il suddetto figlio di alcun periodo di congedo retribuito**;**
2. di aver fruito per il suddetto familiare di periodi di congedo retribuito, presso la seguente Azienda:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un numero di giorni pari a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di non aver fruito, per il suddetto figlio, di periodi di congedo non retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art.4 comma 2, legge 53/2000) nell’arco della propria vita lavorativa**;**
4. di aver già fruito, per il suddetto figlio, di periodi di congedo non retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art.4 comma 2, legge 53/2000) nell’arco della propria vita lavorativa per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni;
5. di non aver fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili, di periodi di congedo retribuito/non retribuito;
6. di aver fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili, di periodi di congedo retribuito/non retribuito, presso la seguente Azienda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un numero di giorni pari a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
7. che per assistere il suddetto figlio in condizione di disabilità grave, altri familiari hanno già fruito di gg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di congedo retribuito/non retribuito;
8. che nessun altro familiare ha fruito di congedo retribuito/non retribuito per assistere il suddetto figlio in condizione di disabilità grave per cui si richiede il beneficio.

Il sottoscritto, si impegna a comunicare qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo.

Si allega alla domanda:

- copia del verbale della Commissione per l’accertamento dell’Handicap;

- copia documento identità del richiedente i benefici.

Pescara, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma del richiedente

Il Direttore/Dirigente Responsabile dell'U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di appartenenza Timbro e firma

La responsabile Gestione Attività Inf.che Ospedaliere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(solo per il personale Area Comparto Sanità) Timbro e firma

N.B. Ai sensi dell'art. 42, co. 5 del D. Lgs. 151/01, il dipendente ha diritto a fruire del congedo entro sessanta giorni dalla richiesta.

**(1)** Tale condizione ricorre se il disabile è separato legalmente, divorziato ovvero è coniugato ma si trova in situazione di abbandono accertata dall’Autorità giudiziaria.

**(2)** Le patologie invalidanti sono quelle indicate dall’articolo 2, del Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000 è precisamente: 1) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell’autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute e croniche che richiedono la partecipazione attivi del familiare nel trattamento sanitario. La documentazione medica attestante le predette patologie, può essere rilasciata da un medico specialista del SSN o con esso convenzionato o con il medico di medicina generale (medico di famiglia) o della struttura sanitaria in caso di ricovero o di intervento chirurgico.

**Il dipendente dovrà presentare la domanda del congedo di cui all’art. 42, comma 5 del D.Lgs. n.151/01, corredata della firma del Responsabile dell'Ufficio o dell’ Unità Operativa di appartenenza all’Ufficio Dinamiche del Personale, tramite l’Ufficio Protocollo.**

**L’Ufficio Dinamiche del Personale che riceve la suddetta istanza, verifica l’adeguatezza e la correttezza della documentazione presentata, emette il provvedimento di accoglimento e lo trasmette al dipendente e agli Uffici interessati.**

Informativa sul trattamento dei dati personali

(art.13 D.Lgs.n.196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali”)

L’Amministrazione, in qualità di titolare del trattamento, la informa che tutti i dati raccolti con le presenti dichiarazioni, saranno trattati nel rispetto delle norme contenute nel codice della legge e dei regolamenti al fine di espletare la funzione in materia amministrativa su base sanitaria. Il trattamento dei dati avverrà ad opera di dipendenti dell’Azienda opportunamente incaricati. Il conferimento dei dati è obbligatorio la mancata fornitura potrà comportare l’impossibilità o ritardi nella definizione del procedimento che la riguarda.