

Al Direttore dell'U.O.C. Risorse Umane
Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello
Viale Strasburgo, 233
90146 PALERMO

OGGETTO: domanda di Congedo Straordinario Retribuito di due anni per assistere il fratello/sorella con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151, con Sentenza della Corte Costituzionale 8.6.2005 n. 233.

FRATELLO/SORELLA RICHIEDENTE

 l sottoscritt_ _____
nat ___ il _____ a _____ Prov. _____
indirizzo _____ cap _____ con
recapito telefonico e cell. _____ n. di matricola
_____, mail _____ dipendente di
codesta Azienda *Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello* presso il (Dipartimento/Distretto/U.O.)
_____ in servizio presso il P.O.
_____ con la posizione funzionale
di _____ già autorizzato a
beneficiare dei 3 giorni retribuiti per assistere il proprio fratello/sorella con provvedimento del
Direttore del _____ n. _____

CHIEDE

di poter usufruire di gg. ___ mesi ___ dal ___/___/_____ al ___/___/_____ di Congedo
Straordinario di due anni spettante ai genitori o affidatari di persone in condizione di disabilità
grave e della relativa indennità per assistere il fratello con handicap grave a sensi dell'art. 42 T.U.
sulla maternità e paternità Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151 Sig. _____
nat _ a _____ il _____ residente in _____ Via
_____ n. __, riconosciut ___ portatore di handicap
grave dalla competente Commissione Medica nella seduta del _____ .

A tal fine allega alla presente:

- copia conforme all'originale del Verbale di Visita Medica L. 104/92;
- autocertificazione dello stato di famiglia;
- dichiarazione di responsabilità del dipendente richiedente;
- dichiarazione di responsabilità del disabile;
- dichiarazione di responsabilità dei propri fratelli/sorelle e copia documento di identità;
- copia documento di identità in corso di validità del dipendente richiedente;
- copia documento di identità in corso di validità del disabile;

Data _____

Firma _____

(N.O del Responsabile dell'U.O.C. di appartenenza)

AUTOCERTIFICAZIONE DEL DISABILE

l sottoscritt_ _____

nat_ il _____ a _____ Prov. _____

indirizzo _____ cap _____

consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave (art. 4, comma 1 della Legge 104/92) accertata dalla Commissione A.S.P. di _____ nella seduta del _____;
- di essere assistit_ con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal fratello / sorella convivente/non convivente Sig. _____ da me scelt_ per la propria assistenza, _l_ quale ha chiesto di poter usufruire del Congedo Retribuito di due anni per assistere il fratello con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151;
- che altri familiari conviventi/non conviventi, non hanno né chiesto né beneficiano del Congedo Retribuito di due anni per assistere il fratello con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151;
- **di non essere ricoverat_ a tempo pieno;**
- **di non essere impegnat_ in attività lavorative, di essere in pensione ovvero**
_____ -

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)

=====

Dichiarazione di chi non sa o non può firmare

Il richiedente dei benefici di cui alla L. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni, Sig. _____, nat_ a _____ il _____ dichiara che il disabile a cui deve prestare assistenza si trova nella seguente situazione: che non sa firmare che non può firmare a causa di un impedimento.

Luogo e data _____ Firma _____

N.B.: Allegare documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

DICHIARAZIONE DEL FRATELLO RICHIEDENTE

_l_sottoscritt_ _____ nat_ il _____ a
_____ Prov ____ indirizzo _____

consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- **di non prestare servizio 118 SEUS;**
- di essere convivente con il fratello (o persona in affidamento) minorenni in condizione di grave disabilità;
- di non essere convivente con il fratello (o persona in affidamento) maggiorenne (*) in condizione di grave disabilità, ma di svolgere con sistematicità e adeguatezza l'assistenza all_ /stess_;
- che mio fratello non è coniugato o non convive con il coniuge;
- che il coniuge di mio fratello/a non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- che il coniuge di mio fratello/a non ha mai usufruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave;
- che il coniuge di mio fratello/a ha usufruito di n. ____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave;
- che il coniuge di mio fratello/a non ha chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicato di congedi straordinari retribuiti e non intende richiederli negli stessi periodi;
- che gli altri fratelli hanno usufruito di n. ____ giorni di Congedo Retribuito di due anni per la stessa persona in condizioni di disabilità grave;
- che l'altro genitore e/o fratelli conviventi hanno espressamente rinunciato alla fruizione del congedo per assistere il familiare disabile convivente/non convivente;
- di avere usufruito di congedo straordinario non retribuito per "gravi e documentati motivi familiari"(art. 4 comma 2, Legge n. 53/2000) presso l'Azienda _____ Via _____ Città _____ matricola aziendale _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____;
- **che i genitori sono entrambi deceduti o totalmente invalidi (allegare certificazione)**
- **che l'unico genitore vivente è totalmente invalido (allegare certificazione)**
- **di non fruire del Congedo retribuito biennale per il fratello qualora lo stesso fosse ricoverato a tempo pieno;**
- **di avere già usufruito di congedi straordinari retribuiti per ALTRO SOGGETTO DISABILE** _____ dal _____ al _____ per giorni ____/730 c/o _____;
- di essere convivente con il genitore _____ in condizione di grave disabilità e svolgere con sistematicità e adeguatezza l'assistenza all_ /stess_;
- **di avere già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto disabile** dal _____ al _____; dal _____ al _____;

Data _____

Firma _____

- _____ ;presso l'Azienda _____
 _____ Città _____ matricola aziendale _____ ;
- **che nessun altro familiare avente titolo abbia fruito di congedo retribuito biennale per lo stesso soggetto disabile;**
 - **che altro familiare avente titolo abbia fruito di congedo retribuito biennale per lo stesso soggetto disabile genitore _____ per il quale il RICHIEDENTE chiede il congedo retribuito biennale dal _____ al _____ per giorni ____/730 c/o _____ ;**
 - di avere usufruito di congedo straordinario non retribuito per “gravi e documentati motivi familiari”(art. 4 comma 2, Legge n. 53/2000) presso l'Azienda _____ Via _____ Città _____ matricola aziendale _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ ;
 - **di essere a conoscenza di poter usufruire del Congedo Retribuito, nel caso sussistano tutti i requisiti, dopo aver presentato formale richiesta e aver ricevuto la relativa determina e nota di concessione;**
 - **Qualora intervenissero variazioni rispetto quanto dichiarato in sede di domanda, vi è l'obbligo da parte della S.V. di comunicare le eventuali variazioni. Tale comunicazione deve essere tempestiva e in ogni caso deve avvenire entro i 5 giorni dal mutamento intervenuto, con la produzione di una nuova dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 relativamente la punibilità delle dichiarazioni mendaci ai sensi del codice penale e delle leggi in materia;**
 - **Requisito indispensabile per la fruizione del beneficio, resta l'assenza di ricovero a tempo pieno da parte della persona con disabilità che riceve assistenza e la convivenza con lo stesso;**
 - Si precisa che l'INPS, provvederà alla verifica a campione delle situazioni dichiarate dai lavoratori richiedenti i permessi in argomento;
 - _____

Data _____

Firma _____

N.B.: Allegare documento di riconoscimento in corso di validità.

(*) La convivenza non è necessaria se il fratello o (affidato) in condizione di disabilità grave è minorenni.

In caso di adozione/affidamento data del provvedimento __/__/____ rilasciato dal Tribunale di _____ Provvedimento n. _____

AUTOCERTIFICAZIONE DEL GENITORE DEL DISABILE

Il sottoscritto _____ nato il _____ a
_____ Prov _____ indirizzo _____, _____ in servizio
presso l'Azienda _____ Via _____ Recapito
_____ Città _____ matricola aziendale _____

consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di non avere chiesto né di beneficiare del Congedo Retribuito di due anni per assistere il figlio con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151 Sig./ra _____ nat _ a _____ il _____ residente in _____ Via _____ n. _____;

di avere fruito del Congedo Retribuito di due anni per assistere il figlio con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001, 151 Sig./ra _____ nat _ a _____ il _____ residente in _____ Via _____ n. _____, per i seguenti periodi: dal _____ al _____;

di rinunciare alla fruizione del Congedo Retribuito di due anni per assistere il figlio con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 per assistere il proprio figlio portatore di handicap grave, Sig. _____ nato a _____ il _____ e residente a _____, _____, nel periodo richiesto e fruito d'altro genitore Sig. _____ (marito/moglie).

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)

=====

Dichiarazione di chi non sa o non può firmare

Il richiedente dei benefici di cui alla L. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni, Sig. _____, nat_ a _____ il _____ dichiara che il disabile a cui deve prestare assistenza si trova nella seguente situazione: che non sa firmare che non può firmare a causa di un impedimento.

Luogo e data _____ Firma _____

N.B.: Allegare documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

**AUTOCERTIFICAZIONE
DEL FRATELLO/SORELLA DEL DISABILE NON RICHIEDENTE**

I sottoscritt _____ nat_ il _____ a
_____ Prov ____ indirizzo _____ cap ____
in servizio presso l'Azienda _____ Via _____
Recapito _____ Città _____ matricola aziendale _____

**consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000
n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui
all'art. 46 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità**

DICHIARA

di non avere chiesto né di beneficiare del Congedo Retribuito di due anni per assistere il fratello con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001, per assistere il proprio fratello/sorella portatore handicap grave, Sig./ra _____
nat_ a _____ il _____ residente in
_____ Via _____ n. ____;

di avere fruito del Congedo Retribuito di due anni per assistere il fratello con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001, per assistere il proprio fratello/sorella portatore handicap grave, Sig./ra _____
nat_ a _____ il _____ residente
in _____ Via _____ n. ____
per i seguenti periodi: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal
_____ al _____ dal _____ al _____ ;

di rinunciare alla fruizione del Congedo Retribuito di due anni per assistere il fratello con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001, per assistere il proprio genitore portatore handicap grave, Sig./ra _____
_____ nat _____ a
_____ il _____ residente in
_____ Via _____ n. ____.-

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)

N.B.: Allegare documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA

(Art.46 – lettera f - D.P.R - 28 Dicembre 2000, n.445)

/l sottoscritt _____ nat _____

il _____ residente in _____ via/piazza _____

_____ n. _____ tel. _____ cell. _____

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

D I C H I A R A

che la propria famiglia residente in _____ (_____)
(comune) (provincia)

via/piazza _____ è così composta:
(indirizzo e numero civico)

Oltre al dichiarante

(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

Il dichiarante ai sensi del D.lgs. n.196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il provvedimento in corso.

Data

Firma del/la dichiarante

Secondo il succitato D.P.R.del 28 Dicembre 2000 n.445 costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni della presente certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445. Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato oppure a mezzo posta.

Al Direttore dell'U.O.C. Risorse Umane
Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello
Viale Strasburgo, 233
90146 PALERMO

_l_sottoscritt_ _____ nat_ il _____ a
_____ Prov ____ indirizzo _____ cap ____
in servizio presso l'Azienda _____ Via _____
Recapito _____ Città _____ matricola aziendale _____

consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA