

MODULO

ISTANZA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA A FAMILIARE DISABILE
AI SENSI DELL'ART. 42, COMMA 5, DEL D.LGS. N. 151/2001

Al Dipartimento dei Vigili del Fuoco, del
Soccorso Pubblico e della Difesa Civile
Direzione Centrale per le Risorse Umane
Ufficio IV – Stato Giuridico

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il
residente in prov.
via CAP
dipendente di codesta Amministrazione, con qualifica di
in servizio presso
tel. e-mail
RTS competente

CHIEDE

ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D.Lgs. n. 151/2001 di usufruire di n.
giorni di congedo straordinario retribuito dal al
per assistere il sotto indicato familiare convivente:

- FIGLIO, ANCHE ADOTTIVO*** **CONIUGE** **GENITORE**
 FRATELLO **PARENTE o AFFINE ENTRO IL 3° GRADO**
 PARTE DI UNIONE CIVILE **CONVIVENTE DI FATTO**

cognome nome
nato/a a il
residente in prov.
via CAP

**anche non convivente*

A tal fine, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste,

DICHIARA

MODULO

ISTANZA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA A FAMILIARE DISABILE
AI SENSI DELL'ART. 42, COMMA 5, DEL D.LGS. N. 151/2001

che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, **come da documentazione allegata**;

di essere convivente con il familiare da assistere presso la stessa residenza anagrafica di quest'ultimo (requisito non richiesto qualora l'istanza sia prodotta dal genitore del disabile);

oppure:

di non essere attualmente convivente con il familiare da assistere ma di impegnarsi a trasferire la propria residenza anagrafica presso il luogo di abitazione del familiare da assistere entro l'inizio del periodo di congedo richiesto;

di essere convivente con il familiare da assistere in quanto iscritto nello schedario della popolazione temporanea dello stesso comune in cui risiede il familiare disabile grave e presso la residenza anagrafica di quest'ultimo;

che non vi sono altri familiari legittimati a fruire, in via prioritaria, del congedo in questione, nell'ordine indicato dalla legge:

**CONIUGE, PARTE DI UNIONE CIVILE
O CONVIVENTE DI FATTO**

mancanza

decesso

patologie
invalidanti

GENITORI

mancanza

decesso

patologie
invalidanti

**FIGLI, ANCHE ADOTTIVI,
CONVIVENTI**

mancanza

decesso

patologie
invalidanti

FRATELLI O SORELLE CONVIVENTI

mancanza

decesso

patologie
invalidanti

come da documentazione allegata, che può essere prodotta dall'interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 (**in caso di presenza di patologie invalidanti¹, allega certificato medico**);

che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario per l'assistenza allo stesso disabile grave;

che nessun altro familiare, compreso il genitore, fruisce di permessi ai sensi dell'art. 33, commi 2 e 3, della L. n. 104/1992 ed art. 33, comma 1, del D.lgs. n. 151/2001 per l'assistenza allo stesso disabile grave negli stessi giorni di fruizione del congedo straordinario;

che il soggetto da assistere **non è ricoverato** a tempo pieno presso strutture sanitarie pubbliche o private;

oppure:

che la struttura sanitaria, presso la quale il soggetto disabile è **ricoverato a tempo pieno**, ha richiesto espressamente la presenza del familiare che presta assistenza, **come da documentazione allegata**;

di **aver già fruito**, nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari

IL'art. 2 del D.I. del 21 luglio 2000 n. 278 individua le seguenti PATOLOGIE INVALIDANTI:

"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 o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario." In base all'art. 3 del D.I. del 21 luglio 2000 n. 278: ".....la documentazione medica attestante le predette patologie può essere certificata dal medico specialista del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico e va allegata alla presente domanda".

MODULO

**ISTANZA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA A FAMILIARE DISABILE
AI SENSI DELL'ART. 42, COMMA 5, DEL D.LGS. N. 151/2001**

disabili, di periodi di congedo straordinario **retribuito** per un numero di giorni pari a

oppure:

di **non aver mai fruito**, nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario **retribuito**;

che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave, altri familiari hanno già fruito del predetto congedo straordinario per un numero di giorni pari a

oppure:

che nessun altro familiare ha già fruito del predetto congedo straordinario per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave;

di **aver già fruito**, nell'arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario **non retribuito** "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, L. n. 53/2000) per un numero di giorni pari a

oppure:

di **non aver già fruito**, nell'arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario **non retribuito** "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, L. n. 53/2000);

di impegnarsi a comunicare, tempestivamente, qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo.

Si allega copia fotostatica del documento di identità del dichiarante in corso di validità

Firma

Data,