**Al Direttore Generale**

**dell’Università degli Studi di Cassino**

**e del Lazio Meridionale**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dipendente di codesta Università, cat. \_\_\_ p.e. \_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

di poter fruire dei benefici previsti dall’art. 42 c, 5 del D.Lgs 151/2001 per \_\_\_\_\_ figli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.

A tal fine dichiara che il disabile è:

* Figlio biologico:
* Figlio adottato;
* In affidamento preadottivo;
* In affidamento no preadottivo;
* In condizione di handicap grave, accertata dalla Commissione ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai sensi dell’art. 4 c. 1 della Legge 104/92;
* Non è ricoverato a tempo pieno presso Istituto specializzato salvo che, in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del genitore;
* Non impegnato in attività lavorativa.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell’Amministrazione, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di disabilità presso istituto specializzato, revisione del giudizio della condizione di gravità dell’handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dello stesso).

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i periodi di congedo straordinario saranno usufruiti in alternativo all’altro genitore o affidatario e per la durata complessiva fra tutti e due i genitori o gli affidatari non superiore a due anni nell’arco della vita lavorativa, tenendo conto, comunque, che i periodi suddetti rientrano nel limite massimo complessivo di due anni di permesso “per gravi motivi di famigli”, per i quali l’interessato/a non ha diritto a retribuzione, riconoscibili a ciascun lavoratore (art. 4 comma 2 legge 53/2000).

ALLEGATI:

* Certificato ASL competente, attestante la situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 Legge 104/92 (in originale o copia autentica)
* Dichiarazione resa dall’altro coniuge/affidatario riguardo all’utilizzo dello stesso congedo straordinario
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

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