

**AL DIRETTORE GENERALE
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI
DI CASSINO E DEL LAZIO MERIDIONALE**

Il/la sottoscritto/a _____, codice fiscale _____
_____ dipendente di questa Università, cat. _____. Posizione
economica ___, in servizio presso _____

C H I E D E

di usufruire del congedo straordinario spettante al figlio di persona in condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità – decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dal D. Lgs. n. 119 del 18/7/2011

A tal fine dichiara:

- ☐ ricorrono le situazioni previste dall'art. 4 del suddetto D. lgs. n. 119/2011 secondo l'ordine di priorità dei soggetti aventi diritto alla fruizione del congedo (*mananza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente con il disabile; decesso, mananza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi del disabile*): _____ ;
- ☐ di essere convivente con il genitore in condizione di disabilità grave;
- ☐ di non essere convivente con il genitore in condizione di disabilità grave ma di abitare nello stesso stabile distinto dallo stesso numero civico, oppure _____;
- ☐ di essere già titolare di permessi ai sensi della legge n. 104/92 per lo stesso genitore;
- ☐ che gli altri figli conviventi, il coniuge e/o i fratelli del genitore in situazione di disabilità grave non hanno mai usufruito di giorni di congedo straordinario;
- ☐ che gli altri figli conviventi, il coniuge e/o i fratelli del genitore in situazione di disabilità grave hanno usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario;
- Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione 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).

Data _____

Firma richiedente

Dati e dichiarazione del disabile

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ (provincia di _____) codice fiscale _____
_____, residente in _____ (provincia di _____) via _____
_____ n. _____

DICHIARA

- ☐ di essere genitore convivente con _____ richiedente il congedo;
- ☐ di non essere convivente con _____ richiedente il congedo ma di abitare nello stesso stabile allo stesso numero civico;
- ☐ di essere in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1 della legge n. 104/92) accertata dalla Commissione ASL di _____;
- ☐ di non essere ricoverato/a a tempo pieno;
- ☐ di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo;
- ☐ di svolgere attività lavorativa alle dipendenze de _____ indirizzo della ditta/ente _____ qualifica _____
(impiegato, operaio, ecc.) _____;

- Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione 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 .

Data _____

Firma _____

Si allega copia di un valido documento di identità.