

**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 famiglia", 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
