DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER L'ASSISTENZA A PERSONA CON DISABILITÀ GRAVE

Art. 42, commi 5 e seguenti, D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151

Al Dirigente scolastico

IC Vinci e Capraia e Limite

1. DATI DEL/DELLA DIPENDENTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Qualifica / profilo _____

Sede di servizio _____

Recapito e-mail o telefonico _____

2. PERIODO RICHIESTO

☐ Chiede un unico periodo di congedo dal _____ al _____, per complessivi n. _____ giorni.

☐ Chiede i seguenti periodi frazionati:

dal	al	n. giorni

Eventuali periodi di congedo straordinario già fruiti nella vita lavorativa _____ giorni

Eventuali congedi non retribuiti per gravi motivi familiari ex art. 4, comma 2, L. 53/2000 già fruiti _____ giorni

3. PERSONA CON DISABILITÀ DA ASSISTERE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Rapporto con il/la richiedente _____

☐ La persona è riconosciuta in situazione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992.

☐ Il verbale è già agli atti della scuola.

☐ Allega il verbale perché non ancora agli atti o perché aggiornato.

☐ Il verbale è soggetto a revisione in data _____.

4. TITOLO DI PRIORITÀ DEL/DELLA RICHIEDENTE

Barrare la propria posizione. L'ordine sottoindicato è vincolante: le categorie successive possono accedere al congedo soltanto quando i soggetti prioritari siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti, secondo la disciplina vigente.

☐ Coniuge convivente, parte convivente di un'unione civile o convivente di fatto della persona con disabilità.

☐ Padre o madre, anche adottivi, della persona con disabilità, in caso di mancanza, decesso o patologia invalidante dei soggetti indicati al punto precedente.

☐ Figlio/a convivente, in caso di mancanza, decesso o patologia invalidante dei soggetti prioritari precedenti.

☐ Fratello o sorella convivente, in caso di mancanza, decesso o patologia invalidante dei soggetti prioritari precedenti.

☐ Parente o affine entro il terzo grado convivente, in caso di mancanza, decesso o patologia invalidante di tutti i soggetti prioritari precedenti.

5. SOGGETTI CON PRIORITÀ PRECEDENTE

Indicare i soggetti che precedono il/la richiedente nell'ordine di priorità e il motivo per cui non possono fruire del congedo.

Cognome e nome	Rapporto	Condizione: mancante / deceduto / patologia invalidante	Documento allegato

☐ Non esistono soggetti con priorità precedente rispetto al/alla richiedente.

6. CONVIVENZA

☐ Il/La richiedente convive già con la persona assistita al seguente indirizzo:
_____.

☐ Il requisito della convivenza non è richiesto, poiché il/la richiedente è genitore della persona assistita.

☐ Il/La richiedente instaurerà la convivenza prima dell'inizio del congedo e la manterrà per tutta la sua durata.

INFORMAZIONE IMPORTANTE. La convivenza richiesta dalla legge può risultare dalla stessa residenza anagrafica oppure dalla coabitazione nello stesso stabile, anche in interni diversi, nei limiti riconosciuti dalla disciplina applicabile. Non è necessario allegare in via ordinaria lo stato di famiglia storico: i dati anagrafici possono essere autocertificati e verificati dall'Amministrazione.

7. RICOVERO A TEMPO PIENO

☐ La persona assistita non è ricoverata a tempo pieno.

☐ La persona è ricoverata a tempo pieno, ma ricorre una delle eccezioni previste dalla normativa; allega la documentazione della struttura sanitaria.

Precisare l'eccezione _____

8. ALTRI AVENTI DIRITTO E PERIODI GIÀ FRUITI

☐ Nessun altro soggetto ha fruito o sta fruendo del congedo straordinario per la stessa persona.

☐ Per la stessa persona hanno fruito o stanno fruendo del congedo i seguenti soggetti:

Cognome e nome	Datore di lavoro	Periodi fruiti	Totale giorni

Il/La richiedente dichiara che, sommando i periodi propri e quelli fruiti dagli altri aventi diritto, non viene superato il limite complessivo previsto dalla legge.

9. DICHIARAZIONI E IMPEGNI

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo decreto, il/la richiedente dichiara:

☐ che durante il congedo presterà effettiva assistenza alla persona indicata;

☐ che non svolgerà attività lavorativa durante i periodi di congedo;

☐ che comunicherà immediatamente ogni variazione relativa a riconoscimento della gravità, ricovero, convivenza, decesso, ordine di priorità o periodi fruiti da altri soggetti;

☐ di essere consapevole che il congedo non può essere riconosciuto contemporaneamente a più lavoratori per la stessa persona e che, nelle medesime giornate, non è cumulabile con i permessi ex art. 33 della Legge n. 104/1992 fruiti per la stessa persona;

☐ di essere consapevole che i periodi di congedo sono coperti da contribuzione figurativa, non sono computati ai fini della maturazione di ferie, tredicesima e trattamento di fine rapporto, salvo eventuali disposizioni di miglior favore applicabili.

Luogo e data _____

Firma del/della dipendente _____

10. DOCUMENTI DA ALLEGARE

☐ Verbale di riconoscimento della disabilità grave, se non già agli atti o se aggiornato.

☐ Dichiarazione della persona con disabilità sulla volontà di essere assistita dal/dalla richiedente, quando applicabile.

☐ Documentazione delle condizioni che consentono di superare i soggetti con priorità precedente: certificato di morte, dichiarazione di mancanza o certificazione della patologia invalidante.

☐ Documentazione sanitaria relativa all'eccezione al ricovero a tempo pieno, se ricorre.

☐ Copia del documento di identità dei dichiaranti, salvo firma digitale o sottoscrizione davanti al dipendente addetto.

☐ Altro: _____.

ALLEGATO A - DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a / il _____

residente in _____

consapevole delle conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

☐ di essere persona con disabilità in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992;

☐ di non essere ricoverato/a a tempo pieno;

☐ di essere ricoverato/a a tempo pieno, ma di trovarsi in una delle situazioni eccezionali documentate che consentono l'assistenza;

e manifesta la volontà di essere assistito/a, durante il congedo straordinario, da:

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Rapporto con la persona interessata _____

Luogo e data _____

Firma della persona interessata o del rappresentante

_____

ALLEGATO B - AUTOCERTIFICAZIONE DELLA SITUAZIONE FAMILIARE E DELLA CONVIVENZA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a / il _____

residente in _____

dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, che la situazione rilevante ai fini della domanda è la seguente:

Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto con la persona assistita	Residenza / convivenza	Condizione rilevante

☐ La convivenza tra il/la richiedente e la persona assistita sussiste dalla data del _____.

☐ La convivenza sarà instaurata prima dell'inizio del congedo e mantenuta per tutta la sua durata.

La presente dichiarazione sostituisce i certificati anagrafici nei rapporti con la pubblica amministrazione. L'Amministrazione procede ai controlli previsti dall'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma del/della dichiarante _____

INFORMATIVA ESSENZIALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali, compresi quelli relativi alla salute, sono trattati dall'istituzione scolastica esclusivamente per l'istruttoria della domanda e per la gestione del rapporto di lavoro, nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003. La documentazione deve essere trasmessa con modalità riservate all'Ufficio del personale. Non è richiesto il consenso dell'interessato quando il trattamento è necessario per l'adempimento di obblighi e l'esercizio di diritti in materia di lavoro e sicurezza sociale.