



## COMUNE DI SAVIGLIANO

Al Segretario Generale  
o  
al Responsabile del ..... Settore

All'Ufficio "Gestione del Personale"

SEDE

**OGGETTO:     *richiesta fruizione di CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARI DISABILI***

Il/la sottoscritto/a ....., in servizio presso il Comune di Savigliano, con contratto a tempo indeterminato e rapporto di lavoro a tempo pieno / parziale .....% di tipo (orizzontale, verticale, misto) in qualità di ..... categoria .....posizione economica..... Settore ..... attualmente residente a.....in Via.....

### CHIEDE

in qualità di:

- coniuge convivente della persona con handicap grave, oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente;
- padre o madre naturale o adottivo/a, anche se non convivente con il figlio, oppure in caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi;
- figlio convivente, oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi;
- fratelli o sorelle conviventi, oppure, in caso di mancanza, di decesso o in presenza di patologie invalidanti dei fratelli o sorelle conviventi;
- parente / affine entro il terzo grado convivente.

A fruire del congedo straordinario spettante per la persona in condizione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della Legge n. 104/1992 e della relativa indennità in base art. 42 comma 5 del D.Lgs. 165/2001 per i seguenti periodi:

dal giorno.....al giorno.....  
dal giorno.....al giorno.....  
dal giorno.....al giorno.....

Per assistere la seguente persona disabile:

cognome.....nome..... nata/o  
a.....il.....residente  
a..... in  
Via.....n. ....

a tal fine

### DICHIARA

di essere convivente con il coniuge – con il genitore – con il fratello/sorella – con parente/affine entro il terzo grado in condizione di disabilità grave (la convivenza non è richiesta per l'assistenza verso i figli da parte del padre e della madre);

che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 4 comma1, della Legge 104/1992 dalla Asl in data..... ed è stato giudicato rivedibile,..... non rivedibile;

che non è ricoverato a tempo pieno;

che non è impegnato in attività lavorativa;

che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri previsti dall'art. 33 della Legge 104/92; con l'unica eccezione per il padre e la madre verso i figli per i quali si dichiara che l'altro genitore:

- o fruirà dei permessi nello stesso mese, seppur non negli stessi gironi;
- o non fruirà dei permessi nello stesso mese

il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 4 comma1, della Legge 104/1992 dalla Asl in data..... ed è stato giudicato rivedibile,,,,,, non rivedibile;

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari con indennizzo e non retribuiti (art. 4 comma 2 L. 53/2000) si per il presente familiare disabile, sia per altri familiari o per altri gravi motivi personali (max 2 anni per il lavoratore) per i seguenti periodi:

dal.....al..... per un totale di giorni.....

### DICHIARA inoltre

- o Che non sono stati usufruiti, da altri aventi diritto, giorni di congedo straordinario con o senza indennizzo per lo stesso familiare disabile (max 2 anni per disabile);
- o che sono stati fruiti, da altri familiari aventi diritto. (indicare cognome, nome, data di nascita, tipologia di parentela con il disabile, luogo di lavoro)

.....  
.....  
.....congedi straordinari con  
indennizzo o senza retribuzione per la stessa persona:

dal.....al..... per un totale di giorni.....

SI IMPEGNA

sin d'ora a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate, come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della commissione dell'Asl e quant'altro di rilevante ai fini della presente richiesta di congedo straordinario con indennizzo.

E' **obbligatorio** allegare il certificato rilasciato dalla commissione asl competente, attestante la situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica, se non sia in possesso di questa Amministrazione).

Data.....

Il/la dipendente

Firma.....

Per presa visione,

Responsabile del Settore

Firma.....