



Modulo di Unità Operativa	MU 201110 B 38 Rev. 3 del 10/08/2022 Pagina 1 di 4
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UNICO UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	
RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE (art.42 comma 5 D.Lgs n. 151/2001 e s.m.i.)	

Il /la sottoscritto/a COGNOME NOME
MATRICOLA in servizio presso
con qualifica di
a tempo ☐ pieno ☐ parziale verticale % ☐ parziale orizzontale %
n° cell. dipendente

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

DI ESSERE:

- ☐ **Coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente / convivente di fatto di cui all'art. 1, comma 36 della L. n. 76/2016** della persona disabile in situazione di gravità;
- ☐ **Padre o madre, anche adottivi o affidatari**, della persona disabile in situazione di gravità, in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente / convivente di fatto di cui all'art. 1, comma 36 della L. n. 76/2016 (anche se non conviventi con il figlio). Indicare nominativo e sede di lavoro dell'altro genitore:
- ☐ **Figlio convivente** della persona disabile in situazione di gravità, nel caso in cui il coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente / convivente di fatto di cui all'art. 1, comma 36 della L. n. 76/2016 ed entrambi i genitori del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
- ☐ **Fratello o sorella convivente** della persona disabile in situazione di gravità, nel caso in cui il coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente / convivente di fatto di cui all'art. 1, comma 36 della L. n. 76/2016, entrambi i genitori e i figli conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
- ☐ **Parente o affine entro il terzo grado convivente** della persona disabile in situazione di gravità, nel caso in cui il coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente / convivente di fatto di cui all'art. 1, comma 36 della L. n. 76/2016, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli/sorelle conviventi siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti. Indicare il grado di parentela:

DICHIARA altresì:

- ☐ di essere già convivente con il coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto di cui all'art. 1, comma 36 della L. n. 76/2016, con il genitore, con il fratello/sorella, parente o affine entro il terzo grado in condizione di disabilità grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992;
- ☐ di non essere attualmente convivente con il disabile affetto da gravità di cui all'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992 ma di provvedere ad **instaurare la convivenza prima dell'inizio della fruizione del congedo straordinario retribuito e a mantenerla per tutta la durata dello stesso.**



CHIEDE

di usufruire del congedo straordinario retribuito per la persona in condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3 della L. 104/1992) accertata ai sensi dell'art. 4, comma 1 della Legge n. 104/1992 (*)

per i seguenti giorni:

il		,	il		,	il		,	il		,	il	
il		,	il		,	il		,	il		,	il	
il		,	il		,	il		,	il		,	il	
il		,	il		,	il		,	il		,	il	

e/o per i seguenti periodi:

dal		al		;	dal		al		;
dal		al		;	dal		al		;
dal		al		;	dal		al		;
dal		al		;	dal		al		.

(*) Il lavoratore ha diritto a fruire del congedo entro 30 giorni dalla richiesta.

Per assistere il disabile:

Cognome		Nome	
Nato/a il		a	
Residente in via		n°	
Comune		Provincia	
		CAP	

DICHIARA altresì:

- ☐ che il soggetto con disabilità in situazione di gravità per il quale ha chiesto di usufruire del congedo straordinario retribuito ai sensi dell'art. 42, comma 5 del D.Lgs n. 151/2001 e s.m.i., **non è ricoverato** a tempo pieno (per ricovero a tempo pieno si intende quello presso strutture ospedaliere o istituti specializzati, pubblici o privati, che assicurano assistenza sanitaria continuativa);



- ☐ che **il/la sottoscritto/a ha già usufruito** del congedo straordinario retribuito di cui art. 42, comma 5 del D.Lgs n. 151/2001 e s.m.i. e/o di congedo non retribuito per gravi motivi familiari di cui all'art. 4, comma 2 della Legge n. 53/2000, per il disabile di cui sopra o per altri familiari, nel limite massimo dei due anni concedibili (730 gg), previsti nell'arco della vita lavorativa.

- Dati del datore di lavoro presso il quale sono stati usufruiti i benefici dei congedi di cui sopra:

N° giorni complessivi Indicare di seguito i giorni/periodi fruiti:

N.B.: se il congedo è stato usufruito solo presso questa AOUI Verona, **NON** è necessario indicare n° giorni e periodi.

- ☐ che **nessuno** ha usufruito del congedo straordinario retribuito di cui art. 42, comma 5 del D.Lgs n. 151/2001 e s.m.i. e/o di congedo non retribuito per gravi motivi familiari di cui all'art. 4, comma 2 della Legge n. 53/2000, per il disabile di cui sopra o per altri familiari, nel limite massimo dei due anni concedibili (730 gg), previsti nell'arco della vita lavorativa;

In alternativa:

- ☐ che le persone sotto indicate hanno usufruito degli istituti citati (ovvero congedo straordinario e/o congedo gravi motivi familiari) per n° giorni complessivi.

- Dati delle persone che hanno usufruito dei benefici dei congedi di cui sopra in qualità di:

☐ coniuge** ☐ padre/madre ☐ figlio/a ☐ fratello/sorella ☐ parente o affine entro 3° grado

Cognome Nome

Nato il a

Dipendente dell'Azienda/Ente

Sede Legale

Per n° giorni Indicare di seguito i giorni/periodi fruiti:

☐ coniuge** ☐ padre/madre ☐ figlio/a ☐ fratello/sorella ☐ parente o affine entro 3° grado

Cognome Nome

Nato il a

Dipendente dell'Azienda/Ente

Sede Legale

Per n° giorni Indicare di seguito i giorni/periodi fruiti:

** e stati civili equiparati dalla normativa vigente.



Il/la sottoscritto/a **si impegna a comunicare tempestivamente** le eventuali variazioni alle dichiarazioni formulate nel presente modulo e in particolare:

- l'eventuale **ricovero** della persona in condizione di disabilità grave, anche se non legato direttamente alla situazione di handicap, presso istituti specializzati ovvero presso una qualsiasi struttura ospedaliera, pubblica o privata;
- la **revisione del giudizio di gravità** della condizione dell'handicap da parte delle Unità Sanitarie Locali mediante le commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, la variazione del grado di gravità dell'handicap (da comma 3 a comma 1) o il venir meno dello stesso;
- la **fruizione del congedo straordinario retribuito**, per lo stesso disabile, **da parte di altri familiari**;
- il **decesso** del disabile.

Il/La sottoscritto/a:

-è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 DPR n 445/2000;

-è consapevole che decade dai benefici acquisiti sulla base di dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445);

-è informato che AOUI tratterà i dati forniti, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati potrebbero essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale (art.13 d. lgs. 196/2003 e art. 13 Regolamento UE 2016/679);

-è consapevole che il titolare del trattamento dei dati personali è l'AOUI e il delegato al trattamento è il Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università;

-è consapevole di poter esercitare i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, ed in particolare il diritto di accesso ai dati personali che lo riguardano in corso di trattamento e alle altre informazioni di cui all'art. 15, par. 1, Regolamento UE 2016/679 e di poter proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma. Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a servizio.personale@aovr.veneto.it o all'indirizzo postale della sede legale di questa AOUI.

Data _____

Firma _____

Visto del Direttore/Responsabile della struttura di assegnazione del dipendente.

Data _____ Timbro e firma _____