RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON HANDICAP GRAVE ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D. Lgs 26 marzo 2001, n. 151 e successive modifiche e integrazioni

Il/La sottoscritto/a_____nato/a a_____il_____in servizio presso_____residente a _____in via_____, n._____,

☐ con rapporto di lavoro a tempo pieno;

☐ con rapporto di lavoro a tempo parziale al _____%, con articolazione ☐ orizzontale ☐ verticale ☐ mista (In caso di part-time verticale o misto, specificare i giorni lavorativi previsti dal contratto);

☐ con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;

☐ con rapporto di lavoro a tempo determinato dal _____al_____;

chiede

di poter usufruire del congedo retribuito ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 e successive modificazioni ed integrazioni, nei seguenti periodi:

dal_____al_____;dal_____al_____;

dal_____al_____;dal_____al_____;

dal _____al_____; dal_ _____al_____;

per assistere il/la proprio/a ☐**coniuge o convivente l.36/76 o parte unione civile** ☐**figlio** ☐ **genitore**

☐**fratello/sorella** ☐**altro parente/affine fino al terzo grado (indicare rapporto di parentela)** _____*

Sig./ra _____residente a _____in via _____ n. ____.

A tal fine, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

dichiara

☐ di avere la stessa residenza anagrafica e coabitazione come da circolare 01/2012 FP con l'assistito;

☐ ovvero, con riferimento ai periodi richiesti, di avere dimora temporanea presso la residenza dell'assistito/a in quanto iscritto/a nello schedario della popolazione temporanea ai sensi dell' art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223 del Comune di _____;

☐ che il proprio parente ha assunto, per i periodi richiesti, la dimora temporanea presso la residenza del/la sottoscritto/a in quanto è iscritto nello schedario della popolazione temporanea del Comune di _____ai sensi dell' art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223;

1. che il parente da assistere è stato riconosciuto in condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 con verbale del _____dell'INPS di _____;

2. che sono state già riconosciute al/alla sottoscritto/a le agevolazioni di cui all' art. 33, comma 3, della stessa legge, con nota n. _____del_____;

3. che nessun altro familiare dell'assistito/a fruisce del medesimo congedo retribuito;

4. che la situazione familiare del proprio parente disabile è la seguente (da compilare nel caso si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge)

☐ **non è coniugato; unito civilmente ovvero convivente l.76/16, ovvero che il coniuge (o parte unione civile o convivente l.76) dell'assistito/a,**
Sig./ra _____ ☐ è mancante perché _____ ☐è affetto da patologie invalidanti **(allegare certificazione*);**

☐ **che i genitori dell'assistito/a:**
Sig. _____ ☐ è mancante perché _____ ☐ è affetto da patologie invalidanti **(allegare certificazione*);**
Sig./ra _____ ☐ è mancante perché _____ ☐è affetto da patologie invalidanti **(allegare certificazione*);**

5. che il parente da assistere: (da compilare nel caso si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge)

☐**non ha altri parenti prossimi conviventi**

☐ **ha i seguenti parenti prossimi conviventi:**

- Sig./ra _____(grado di parentela)_____☐ è affetto/a da patologie invalidanti **(allegare certificazione*)**
☐ non è lavoratore/rice dipendente ☐ è lavoratore/rice dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda _____ con sede a _____in via _____
n. _____;

- Sig./ra _____ ☐ è affetto/a da patologie invalidanti **(allegare certificazione*)** ☐ non è lavoratore/rice dipendente ☐ è lavoratore/rice dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda _____ con sede a _____in via _____
n. _____;

6. che il/la sottoscritto/a, presso questa amministrazione ovvero presso altri datori di lavoro pubblici e/o privati **per il familiare in parola:**

☐ ha già fruito di n. _____giorni di congedo retribuito

dal_____al_____; dal_____al_____;

dal_____al_____; dal_____al_____;

dal_____al_____; dal_____al_____;

dal_____al_____; dal_____al_____;

dal_____al_____; dal_____al_____;

☐ ha già fruito per n. _____giorni del congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53)

dal_____al_____; dal_____al_____;

dal_____al_____; dal_____al_____;

dal_____al_____; dal_____al_____;

per altri familiari (indicare relazione di parentela e cognome e nome)

_____

_____

☐ ha già fruito di n. _____ giorni di congedo retribuito;

dal_____al_____; dal_____al_____;

dal_____al_____; dal_____al_____;

dal_____al_____; dal_____al_____;

dal_____al_____; dal_____al_____;

dal_____al_____; dal_____al_____;

☐ ha già fruito di n. _____giorni di congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53);

dal_____al_____; dal_____al_____;

dal_____al_____; dal_____al_____;

dal_____al_____; dal_____al_____;

7. che i seguenti familiari: Sig. _____ (specificare nome, cognome e grado di parentela con l'assistito) hanno:

☐ già fruito di n. _____giorni di congedo retribuito

☐ già fruito per n. _____giorni del congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53).

8. che il soggetto disabile:

☐ non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria;

☐ è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria, ma i sanitari hanno richiesto la presenza del/la sottoscritto/a (**allegare certificazione**);

9. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione della situazione di fatto e di diritto dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni mendaci, potrà subire un procedimento penale e decadere da eventuali benefici ottenuti;

10. di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega documentazione: carta di identità del dichiarante e verbale commissione medica.

_____, lì _____ _____

(Firma per esteso e leggibile del dichiarante)

Il Dirigente, vista la documentazione presentata e svolto tutte le verifiche di rito, AUTORIZZA

Visto del Dirigente

_____

_____

NOTE INFORMATIVE (da non allegare alla domanda)

- *SOGGETTI LEGITTIMATI ALLA FRUIZIONE DEL CONGEDO – Come individuato dal comma 5 in questione, la precedenza per usufruire del congedo **è riservata in via esclusiva al coniuge convivente.** In caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti di quest'ultimo, ha diritto a fruire del congedo **il padre o la madre anche**; in caso di decesso, mancanza o presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi, ha diritto a fruire del congedo uno dei **figli conviventi**; in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi ha diritto a fruire del congedo **uno dei fratelli o sorelle conviventi** infine **il parente o l'affine entro il terzo grado convivente, in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti degli altri soggetti individuati dalla norma.**

- ***PATOLOGIE INVALIDANTI** - L'art. 2 del d.i. del 21 luglio 2000 n. 278 individua le seguenti patologie invalidanti:
  "1) patologie acute o croniche che determinano temporaneo o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo, o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario."
  La documentazione medica attestante le predette patologie può essere certificata dal medico specialistica del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico **e va allegata alla presente domanda in busta chiusa a cura della segreteria dell'ufficio di appartenenza.**

- CALCOLO DEI GIORNI - **Il congedo fruito in modalità continuativa include tutti i giorni feriali, festivi, i sabati e le domeniche ricadenti all'interno di esso;**
  In caso di fruizione in modalità frazionata, affinché non vengano computati nel periodo di congedo i giorni festivi, le domeniche e i sabati, **è necessario che si verifichi l'effettiva ripresa del lavoro al termine del periodo di congedo richiesto.** Tali giornate non saranno conteggiate nel caso in cui la domanda di congedo sia stata presentata dal lunedì al venerdì, se il lunedì successivo si verifica la ripresa dell'attività ovvero anche un'assenza per malattia del dipendente o per malattia del figlio.
  Pertanto due differenti frazioni di congedo intervallate da un periodo di ferie/festività soppresse o da altro congedo o permesso, debbono comprendere anche i giorni festivi e i sabati cadenti subito prima o subito dopo le ferie/festività soppresse o altri congedi o permessi.
  Quanto precede vale anche nel caso di in cui il dipendente richiedente abbia un rapporto di lavoro part-time. Nel caso di **part-time verticale, il conteggio delle giornate lavorative dovrà essere effettuato sottraendo i periodi in cui non è prevista l'attività lavorativa**, considerato che in tale ipotesi la prestazione e la retribuzione del dipendente sono entrambe proporzionate alla percentuale di part-time.

- INDENNITA' - Ai sensi dell'art. 42, comma 5 - ter, del D.Lgs. n. 151/01, nel periodo di congedo retribuito richiesto, il dipendente ha diritto a percepire una indennità corrispondente all'ultima retribuzione, con riferimento alle voci fisse e continuative del trattamento e fino ad un importo complessivo massimo di € 47.446,00 annui (importo riferito all'anno 2015). Detto importo è rivalutato annualmente sulla base delle variazioni dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati. L'importo si intende al lordo della contribuzione, con riferimento alla quota a carico del datore di lavoro e a quella a carico del lavoratore.

- EFFETTI - Ai sensi dell'art. 42, comma 5-quinques dello stesso decreto, il periodo di congedo retribuito è utile ai fini del computo dell'anzianità di servizio e **non è utile ai fini della maturazione delle ferie, della tredicesima, del trattamento di fine rapporto/fine servizio e della progressione economica** (nota n. 2285 del 15 gennaio 2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica);

- DURATA DEL CONGEDO - Il novellato comma 5 *bis* dell'art. 42 del D. Lgs. n. 151/01 precisa che "***il congedo fruito ai sensi del comma 5 non può superare la durata complessiva di due anni per ciascuna persona portatrice di handicap e nell'arco della vita lavorativa***".

  Dalla disposizione si evince un duplice principio: da un lato, la norma stabilisce che ciascuna persona in situazione di *handicap* grave ha diritto a due anni di assistenza a titolo di congedo straordinario da parte dei familiari individuati dalla legge, dall'altro, il familiare lavoratore che provvede all'assistenza può fruire di un periodo massimo di due anni di congedo per assistere i familiari disabili.

Al riguardo, si deve tener conto del fatto che il congedo di cui all'art. 42, commi 5 e ss., rappresenta una *species* nell'ambito del *genus* di congedo disciplinato dall'art. 4, comma 2, della L. n. 53 del 2000. Tale disposizione stabilisce che "*i dipendenti di datori di lavoro pubblici o privati possono richiedere, per gravi e documentati motivi familiari, un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a due anni*".

Pertanto, il "contatore" complessivo a disposizione di ciascun dipendente è comunque quello di due anni nell'arco della vita lavorativa, a prescindere dalla causa specifica per cui il congedo è fruito. Si chiarisce, così, che utilizzati i due anni, ad esempio, per il congedo *ex* art. 42, commi 5 e ss., il dipendente avrà esaurito anche il limite individuale per "*gravi e documentati motivi familiari*". Si chiarisce, altresì, che, trattandosi di limite massimo individuale, ad un lavoratore o ad una lavoratrice che nel tempo avesse fruito, ad es., di un anno e quattro mesi di congedo anche non retribuito "*per gravi e documentati motivi familiari*", il congedo di cui all'art. 42, comma 5, potrà essere riconosciuto solo nel limite di otto mesi.