

N.B.: si prega di compilare la richiesta in ogni sua parte e cancellare le voci che non interessano

Al _____

Il/La sottoscritt _____, nat a _____ il _____,
in servizio presso _____
in qualità di _____

CHIEDE

di poter fruire del congedo straordinario previsto dall'art. 42 - comma 5 - del decreto legislativo 26/03/2001 n. 151, per assistere il proprio **CONIUGE** _____
nato/a a _____ il _____, riconosciuto portatore
di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'articolo 3 - comma 3 - della legge
05/02/1992, n. 104.

per i seguenti periodi:

dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____

Consapevole delle sanzioni di legge per le dichiarazioni mendaci.

DICHIARA

- di avere titolo a fruire dei benefici di cui all'art. 33 - comma 3 - della legge 104/1992;
- di essere convivente con il coniuge in condizione di disabilità grave;
- che il coniuge convivente in condizione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- che il coniuge convivente in condizione di disabilità grave è ricoverato a tempo pieno ma è stata richiesta la propria presenza da parte dei sanitari della struttura (si allega documentazione);
- che nessun altro familiare avente diritto ha mai usufruito di periodi di congedo straordinario per lo stesso coniuge in condizione di disabilità grave;
- che altri familiari aventi diritto hanno usufruito complessivamente di mm. _____ e gg. _____ di congedo straordinario per lo stesso coniuge in condizione di disabilità grave;

15

N.B.: si prega di compilare la richiesta in ogni sua parte e cancellare le voci che non interessano

- di aver già usufruito dei seguenti periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso coniuge o per altri familiari (da specificare):
dal _____ al _____ =
dal _____ al _____ =
dal _____ al _____ =
per complessivi _____;

- di aver già usufruito di periodi di congedo straordinario non retribuito 'per gravi e documentati motivi familiari' (art. 4, comma 2. legge n. 53/2000):
dal _____ al _____ =
dal _____ al _____ =
dal _____ al _____ =
per complessivi _____.

Data _____

Firma _____

Allegati:

- fotocopia autenticata della documentazione rilasciata dalla Commissione ASL
- (dichiarazioni di altri familiari - in originale o in copia conforme all'originale) _____
- _____
- _____