

Al Direttore Generale
Istituto Oncologico Veneto - IRCCS
S E D E

**OGGETTO : Richiesta di congedo retribuito ai sensi dell'art. 42 del D. Lgs. n. 151/2001
(Assistenza per il FAMILIARE con handicap in situazione di gravità).**

Il /la sottoscritto/a _____ matricola _____
dipendente in qualità di _____ con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
in servizio presso l'UO _____

CHIEDE

di poter usufruire di un periodo di congedo retribuito

dal _____ al _____

per assistere il _____ (indicare grado di parentela)
portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 42 del D. Lgs. 151/2001.

Dichiara inoltre che l'assistito non è e non sarà ricoverato a tempo pieno in tale periodo.

Allega:

- PER IL CONIUGE: Allegato A
- PER IL FIGLIO: Allegato B
- PER IL GENITORE: allegato C
- PER IL FRATELLO/SORELLA Allegato D
- Copia fronte e retro del certificato della specifica commissione ASL comprovante la situazione di gravità del portatore di Handicap;
- Copia fronte e retro di proprio documento di identità in corso di validità

Data _____ firma _____

Informativa ai sensi Regolamento Europeo 2016/679 sulla Privacy e D.lgs 101/2018: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per le quali sono richiesti e saranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Per presa visione:

Il Direttore/Direttore
di UOC/ UOSD

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

UOC Risorse Umane - Ufficio verifica presenze
tel. 049 821 1193/5675, e-mail: verifica.presenze@iov.veneto.it

agg. al 05/02/19

Allegato A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

Art. n° 46-47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

Il /la Sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____ / ____ / ____
(cognome e nome) (comune e provincia)

residente a _____ (_____) in Via _____
n° _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

PER IL CONIUGE

di essere **convivente** del soggetto portatore di handicap in condizione di disabilità grave:
Cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____ (_____)
adottato il _____).

che i genitori e/o fratelli del coniuge non hanno mai usufruito di giorni di congedo per la stessa persona in condizioni di disabilità grave;

che i genitori e/o fratelli del coniuge hanno usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizioni di disabilità grave;

che assistere il coniuge con carattere di sistematicità ed adeguatezza;

che il soggetto portatore di handicap non è impegnato/a in attività lavorativa;

che il soggetto portatore di handicap si trova in situazione di gravità ai sensi dell'art. 4, comma 1 della legge 104/92 e tale giudizio non è stato modificato;

di avere già usufruito di congedi straordinari per lo stesso soggetto presso altri datori di lavoro:
dal _____ al _____ gg _____
dal _____ al _____ gg _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali e civili previste, in base all'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 per coloro che rendono attestazioni false dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole, che in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o situazioni autocertificate con la presente.

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Padova, _____

Firma _____

Allegato B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

Art. n° 46-47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

Il /la Sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ___/___/___
(cognome e nome) (comune e provincia)

residente a _____ (_____) in Via _____
n° _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

PER IL FIGLIO/A

di essere padre/madre del soggetto portatore di handicap in condizione di disabilità grave:
Cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____ (_____)
adottato il _____).

di non aver superato il limite complessivo (insieme all'altro genitore ovvero affidatario) dei due anni di congedo per l'assistenza al/la figlio/a ovvero affidato/a;

N.B. nel periodo in cui si usufruisce del congedo, entrambi i genitori non possono richiedere i permessi di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992.

che il soggetto portatore di handicap non è impegnato/a in attività lavorativa;

che il soggetto portatore di handicap si trova in situazione di gravità ai sensi dell'art. 4, comma 1 della legge 104/92 e ale giudizio non è stato modificato;

di avere già usufruito di congedi straordinari per lo stesso soggetto presso altri datori di lavoro:

dal _____ al _____ gg _____

dal _____ al _____ gg _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali e civili previste, in base all'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 per coloro che rendono attestazioni false dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole, che in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o situazioni autocertificate con la presente.

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Padova, _____

Firma _____

Allegato C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

Art. n° 46-47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

Il /la Sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____ / ____ / ____
(cognome e nome) (comune e provincia)
residente a _____ (_____) in Via _____ n° _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

PER IL GENITORE

di essere genitore / affidatario (madre – padre) del soggetto portatore di handicap in condizione di disabilità grave: Cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____ (_____ adottato il _____).

di essere figlio convivente con il soggetto portatore di handicap _____;

che il genitore non è coniugato o non convive con il coniuge, oppure laddove è coniugato e convivente con il genitore ricorra a una delle seguenti situazioni:

- Il coniuge non presta attività lavorativa o è un lavoratore autonomo;
- Il coniuge ha espressamente rinunciato a godere per lo stesso soggetto e nel medesimo periodo del congedo in esame;

entrambi i genitori del portatore di handicap sono deceduti o totalmente inabili;

il genitore portatore di disabilità grave non ha altri figli o non convive con alcuno di essi, oppure laddove abbia altri figli conviventi, ricorra una delle seguenti situazioni;

- Il fratello convivente non presta attività lavorativa o è un lavoratore autonomo;
- Il fratello ha espressamente rinunciato a godere per lo stesso soggetto e nel medesimo periodo del congedo in esame;

che il soggetto portatore di handicap non è impegnato/a in attività lavorativa;

che il soggetto portatore di handicap si trova in situazione di gravità ai sensi all'art. 4, comma 1 della legge n. 104 del 1992 che tale giudizio non è stato modificato;

di avere già usufruito di congedi straordinari per lo stesso soggetto presso altri datori di lavoro:

dal _____ al _____ gg _____
dal _____ al _____ gg _____

che l'altro genitore (Cognome e Nome: _____) svolge attività lavorativa alle dipendenze dell'Azienda _____ Via _____ Città _____ e non intende richiedere congedo retribuito nello stesso periodo.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali e civili previste, in base all'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 per coloro che rendono attestazioni false dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole, che in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o situazioni autocertificate con la presente.

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Padova, _____

Firma _____

Allegato D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

Art. n° 46-47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

Il /la Sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____/____/____
(cognome e nome) (comune e provincia)
residente a _____ (_____) in Via _____ n° _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

PER IL FRATELLO/SORELLA

di essere fratello/sorella del soggetto portatore di handicap in condizione di disabilità grave: Cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____ (_____ adottato il _____).

di i genitori e/o fratelli del coniuge non hanno mai usufruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità;

che il padre e la madre del soggetto portatore di handicap sono deceduti in data _____:

che il padre e la madre del soggetto portatore di handicap sono inabili come risulta dalla allegata documentazione;

di essere convivente con il soggetto portatore di handicap;

che nessun altro soggetto (fratello/sorella convivente) beneficia del congedo nel periodo richiesto;

di non aver superato il limite complessivo (insieme ai fratelli e/o sorelle) dei due anni di congedo per l'assistenza al/alla disabile;

che il soggetto portatore di handicap non è impegnato/a in attività lavorativa;

che il soggetto portatore di handicap si trova in situazione di gravità ai sensi all'art. 4, comma 1 della legge n. 104 del 1992 che tale giudizio non è stato modificato;

di avere già usufruito di congedi straordinari per lo stesso soggetto presso altri datori di lavoro:

dal _____ al _____ gg _____

dal _____ al _____ gg _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali e civili previste, in base all'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 per coloro che rendono attestazioni false dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole, che in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o situazioni autocertificate con la presente.

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Padova, _____

Firma _____

UOC Risorse Umane- Ufficio Verifica Presenze

Tel. 049 821 1193/5675, e-mail: verifica.presenze @iov.veneto.it