

ASP Cosenza
Direttore Generale
Direttore U.O.C Risorse Umane
Loro Sedi

e.p.c Al Direttore _____

Richiesta di congedo straordinario per assistenza al _____ con disabilità grave (art. 42 comma 5 E 5 quinquies del D. Lgs. n. 151/2001. richiedente

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ cap. _____

Recapito telefonico _____

Dipendente a tempo indeterminato/determinato in qualità di _____

Presso l'U.O.C./Servizio _____ Sede di _____

Chiedo

Di usufruire del congedo straordinario spettante ai (*grado di parentela*) _____ di persone in condizioni di disabilità grave e della relativa indennità (art. 42 D.Lgs. n. 151/2001) nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ dal _____ al _____

per l'assistenza al proprio _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ cap. _____.

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste, dichiaro:

- di essere convivente con il _____ in condizione di disabilità grave
- che altri familiari aventi diritto non hanno mai usufruito di giorni di congedo straordinario per lo stesso _____ in condizione di disabilità grave
- che altri familiari aventi diritto hanno usufruito di n. ____ giorni di congedo straordinario per lo stesso _____ in condizione di disabilità grave
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

dal _____ al _____ dal _____ al _____

presso l'Azienda/Ente _____

via _____ n. ____ città _____

Mi impegno a comunicare a questa Azienda qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Allego alla presente istanza i seguenti documenti:

- certificato rilasciato dalla competente ASL che attesta lo stato di gravità dell'handicap
- stato di famiglia
- copia C.I. persona con handicap
- copia C.I. del dipendente

Data _____ Firma _____

Note:

Visto: Il Responsabile U.O.C./Servizio _____