



Al Direttore del Dipartimento [redacted]

Al Settore Carriere Professori
e Ricercatori e Gestione Previdenziale

Il/la sottoscritto/a [redacted] nato/a il [redacted]

a [redacted] qualifica [redacted] S.S.D. [redacted]

Cod. fiscale [redacted]

in servizio presso il Dipartimento di [redacted]

residente/domiciliato/a in [redacted]

Via/piazza [redacted]

email [redacted] telefono [redacted]

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D.lgs. n. 151/2001 di fruire del congedo straordinario (fino a un massimo di due anni nell'arco della vita lavorativa) per assistere con sistematicità e adeguatezza il proprio familiare convivente (coniuge, figlio o genitori) di cui si riportano di seguito le generalità:

Cognome e nome del familiare

[redacted]

residente in

[redacted]

Via/piazza

[redacted]

C.F. del familiare

[redacted]

Grado di parentela

[redacted]

Per i/il seguenti/e periodo

[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]



A tal fine dichiara

- di essere convivente con il familiare in condizioni di disabilità grave
- che la convivenza sarà instaurata successivamente alla richiesta di congedo
- nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri per assistere il familiare con disabilità (art. 33 L. 104/92 e art. 42 D.Lgs. 151/01)
- di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari retribuiti per lo stesso genitore o per altro familiare
per i/il seguenti/e periodo/i:

Si allega

- Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante la situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art.4 L.104/92 (in originale o copia autentica se non è già in possesso di questa Amministrazione)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni intervenute in ordine a quanto dichiarato (es. ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, etc....)

Il/la sottoscritto/a è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti: Dichiaro inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000)

Palermo,

Firma