

**ISTANZA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE DISABILE (art. 42, comma 5, d.lgs.25 marzo 2001, 151 modificato dal D. Lgs. N. 105/2022)**

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 in qualità di (docente/A.T.A.) \_\_\_\_\_ con contratto a  tempo determinato  indeterminato

**CHIEDE**

ai sensi dell'Art. 42, c.5 del D.L. 26./03/2001 n. 151, modificato dal D.Lgs.n. 105/2022, di fruire di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario retribuito dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per assistere il sotto indicato familiare:

- FIGLIO/A (anche se non convivente)**     **CONIUGE CONVIVENTE**     **GENITORE CONVIVENTE**  
 **FRATELLO CONVIVENTE**     **PARENTE O AFFINE ENTRO IL 3° GRADO CONVIVENTE**

cognome e nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste,

**DICHIARA**

- che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art. 3 comma 3, della legge n. 104/1992, come da documentazione agli atti d'ufficio;
- di essere convivente ovvero di avere la medesima residenza anagrafica con il familiare da assistere in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_;
- che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito, né di permessi di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992, per assistere il medesimo soggetto;
- che il soggetto disabile è tutt'ora in vita;
- che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- che la struttura sanitaria presso la quale il disabile è ricoverato a tempo pieno ha richiesto espressamente la presenza del familiare che presta assistenza, come da documentazione allegata;
- che non vi sono altri familiari legittimati a fruire, in via prioritaria, del congedo in questione nell'ordine indicato dalla legge:  
 -- coniuge convivente: per mancanza / per decesso / per presenza di patologie invalidanti;  
 -- genitori: per mancanza / per decesso / per presenza di patologie invalidanti;  
 -- figli conviventi: per mancanza / per decesso / per presenza di patologie invalidanti;  
 -- fratelli o sorelle conviventi: per mancanza / per decesso / per presenza di patologie invalidanti;
- di aver già fruito, nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_ **OPPURE di non aver fruito** nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario retribuito;
- che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave altri familiari hanno già fruito del predetto congedo per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_ **OPPURE** che nessun altro familiare ha già fruito del predetto congedo per assistere la persona in condizione di disabilità grave;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo.

Si allega copia del documento di identità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_