



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



**TSK H/2**  
(PER ASSISTENZA  
A FRATELLI/SORELLE)

*Al Servizio per il Reclutamento e  
Gestione del Personale della Scuola  
Ufficio rapporto di lavoro e  
gestione del personale della scuola  
Tramite PITre*

**DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO**

(Art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001)

IL SOTTOSCRITTO COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

MATRICOLA \_\_\_\_\_

**DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DAL** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO DAL** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **AL** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NEL PROFILO DI \_\_\_\_\_

IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_

IN UTILIZZO PRESSO \_\_\_\_\_

CON ORARIO DI LAVORO A :

**TEMPO PIENO;**

**TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** \_\_\_\_\_ **ORE SETTIMANALI;**

**TEMPO PARZIALE VERTICALE ANNUALE** \_\_\_\_\_ **ORE SETTIMANALI** (CON PRESTAZIONE LAVORATIVA NEI MESI DI \_\_\_\_\_);

**TEMPO PARZIALE VERTICALE** \_\_\_\_\_ **ORE SETTIMANALI** (CON PRESTAZIONE LAVORATIVA NEI GIORNI DI \_\_\_\_\_);

**IN QUALITÀ DI FRATELLO/SORELLA DI PERSONA CON GRAVE DISABILITÀ, AI SENSI DELL'ART. 3, COMMA 3, DELLA LEGGE 104/92,**

**CHIEDE**

**DI USUFRUIRE DEL CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER L'ASSISTENZA AL FRATELLO/SORELLA SIG./RA** \_\_\_\_\_ **NATO/A A** \_\_\_\_\_ **( ) IL** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **CON SITUAZIONE DI HANDICAP PERMANENTE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ DICHIARATA DALL'AZIENDA SANITARIA COMPETENTE CON VERBALE N.** \_\_\_\_\_ **DI DATA** \_\_\_\_\_;

**PER I PERIODI:**

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



**TSK H/2**  
(PER ASSISTENZA  
A FRATELLI/SORELLE)

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

#### DICHIARA

- di avere la medesima residenza con il/la proprio/a fratello/sorella, ovvero di avere la residenza nello stesso stabile e al medesimo numero civico con lo/la stesso/a;
- che lo/a stesso/a non è ricoverato a tempo pieno in ospedale o in strutture di assistenza;**
- che lo/a stesso/a non presterà alcuna attività lavorativa durante i periodi di congedo fruiti dal richiedente;
- che il/la proprio/a fratello/sorella non è coniugato/a o non convive con il coniuge o con la parte dell'unione civile o con il convivente di fatto;

#### OVVERO (in alternativa):

- che in caso di convivenza:
  - il coniuge, la parte dell'unione civile o il convivente di fatto del/la proprio/a fratello/sorella non svolge attività lavorativa;
  - il coniuge, la parte dell'unione civile o il convivente di fatto del/la proprio/a fratello/sorella è lavoratore autonomo;
  - il coniuge, la parte dell'unione civile o il convivente di fatto del/la proprio/a fratello/sorella è lavoratore dipendente presso \_\_\_\_\_ e che lo stesso ha rinunciato alla fruizione del congedo nei periodi sopraindicati;
  - il coniuge, la parte dell'unione civile o il convivente di fatto del/la proprio/a fratello/sorella ha usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni/mesi di congedo straordinario retribuito e non intende richiederli negli stessi periodi;
- che i genitori del soggetto disabile sono entrambi deceduti o affetti da patologia invalidante, come da certificato allegato;



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

- che l'unico genitore vivente del soggetto disabile è affetto da patologia invalidante come da certificato allegato;
- che i figli **conviventi** del disabile in situazione di gravità sono:
  - mancanti;
  - deceduti;
  - affetti da patologie invalidanti. Allega la seguente documentazione \_\_\_\_\_;
- che i/le fratelli/sorelle **conviventi** del disabile in situazione di gravità sono:
  - mancanti;
  - deceduti;
  - affetti da patologie invalidanti. Allega la seguente documentazione \_\_\_\_\_;
- che i genitori, i figli, gli altri fratelli/sorelle (anche se deceduti/e) **non hanno mai usufruito** per l'assistenza al disabile di giorni di congedo straordinario retribuito;

**OVVERO (in alternativa):**

- che i genitori, i figli e altri fratelli/sorelle (anche se deceduti/e) **hanno usufruito** complessivamente per l'assistenza al disabile di n° giorni/mesi \_\_\_\_\_ di congedo straordinario retribuito;
- di aver usufruito, per l'assistenza al/fratello/sorella, dei seguenti periodi di aspettativa non retribuita per gravi ragioni personali o di famiglia:

dal	al	dal	al
-----	----	-----	----

- di aver usufruito, per il/la fratello/sorella, dei seguenti periodi di congedo straordinario **presso il seguente datore di lavoro (No PAT):** \_\_\_\_\_
- di aver fruito, successivamente al periodo di congedo straordinario richiesto in precedenza, **solo nel caso in cui non si fosse ripresa l'attività lavorativa**, delle seguenti giornate:
  - \_\_\_\_\_ di permesso, ai sensi dell'articolo 33, comma 3 della Legge 104/92;
  - \_\_\_\_\_ di assenza dal servizio a diverso titolo (ferie, permessi non retribuiti, permessi retribuiti, ecc.);



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



**TSK H/2**  
(PER ASSISTENZA  
A FRATELLI/SORELLE)

**DURANTE IL PERIODO DI CONGEDO STRAORDINARIO RICHIESTO NON È POSSIBILE, PER L'ALTRO SOGGETTO CHE PRESTA ASSISTENZA (caregiver), LA FRUIZIONE DEL MEDESIMO CONGEDO STRAORDINARIO E DEI PERMESSI DI CUI ALLA L. 104/92.**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che durante i periodi di congedo straordinario non spetta l'assegno di cura previsto dalla L.P. n° 15/2012.

**IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA INOLTRE AD INFORMARE TEMPESTIVAMENTE L'AMMINISTRAZIONE DI OGNI MUTAMENTO DELLE SITUAZIONI DICHIARATE ED IN PARTICOLARE:**

- del ricovero a tempo pieno dell'assistito;
- della revisione del giudizio di gravità da parte della commissione medico legale territoriale competente;
- della richiesta di modifica ai periodi di congedo richiesti ovvero dell'intervenuta causa di sospensione della fruizione.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del dipendente \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente domanda è stata sottoscritta in presenza del/lla dipendente della segreteria incaricato/a al ricevimento della documentazione (indicare in stampatello il nome del dipendente) \_\_\_\_\_

A supporto della domanda allega \_\_\_\_\_

**Qualora già in possesso dell'Amministrazione la suddetta documentazione non dovrà essere ulteriormente allegata, purché ancora in corso di validità. In tal caso indicare la struttura presso cui la stessa è depositata.**

II DIRIGENTE/COORDINATORE PEDAGOGICO

\_\_\_\_\_

**USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE**

*Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del dichiarante sono indicate nella nota "Informativa privacy", ai sensi del Regolamento UE 679/2016".*