ifpal-06/10/2025-0003851 - Allegato 5 (A05)

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

TRENTINO

Family Audit

Al Servizio per il Reclutamento e
Gestione del Personale della Scuola
Ufficio gestione rapporto lavoro 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 DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO MOLTO ELEVATO, 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 CONDIZIONE DI DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO MOLTO ELEVATO, STABILITA DAL CENTRO SANITARIO TERRITORIALMENTE COMPETENTE, CON VERBALE N. _____ DI DATA _____ ;

PER I PERIODI:

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al

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 assistenziali e/o sanitarie**;
- ☐ 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 della persona con disabilità sono entrambi deceduti o affetti da patologia invalidante, come da certificato allegato;
- ☐ che l'unico genitore vivente della persona con disabilità, è affetto da patologia invalidante, come da certificato allegato;
- ☐ che i figli **conviventi della persona con disabilità,** sono:
  - ☐ mancanti;
  - ☐ deceduti;
  - ☐ affetti da patologie invalidanti. Allega la seguente documentazione _____;
- ☐ che i/le fratelli/sorelle **conviventi della persona con disabilità,** 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 alla persona con disabilità, di giornate 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 alla persona con disabilità, di n° giorni/mesi _____ di congedo straordinario retribuito;

☐ di aver usufruito, per l'assistenza al/alla 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.);

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:

- **l'eventuale ricovero oltre le 24 ore in ospedale o presso strutture sanitarie o di assistenza;**
- **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;**
- **l'eventuale decesso della persona assistita.**

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di aver preso visione dell'informativa generale privacy del Servizio per il reclutamento e la gestione del personale della scuola ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 consultabile nella sezione "Documenti e dati" del sito ufficiale della Provincia autonoma di Trento o direttamente al seguente link: https://www.provincia.tn.it/Documenti-e-dati/Documenti-di-supporto/Informativa-generale-privacy-Servizio-per-il-reclutamento-e-gestione-del-personale-della-scuola

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.

Il DIRIGENTE/COORDINATORE PEDAGOGICO

_____