

Al Dipartimento della Funzione Pubblica e del Personale

Servizio 1 – Gestione Giuridica del Personale

e-mail giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it

per il tramite (ufficio di appartenenza) _____ e-mail _____

Prot. n. _____ del _____

OGGETTO: Domanda di congedo straordinario ex art. 42 comma 5 del D. Lgs. 151/2001

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

dipendente dell'Amministrazione Regionale con il profilo di _____

in servizio presso _____,

matricola _____,

recapito telefonico (a scelta: personale o del proprio ufficio), _____

e - mail (a scelta: personale o del proprio ufficio) _____ ;

CHIEDE

di usufruire del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42, c. 5, D.lgs. 151/2001 e s.m.i.:

dal _____ al _____ - dal _____ al _____

dal _____ al _____ - dal _____ al _____

per assistere il familiare con necessità di sostegno molto elevato:

Sig./ra _____ nato/a _____

il _____ residente a _____

in via/piazza _____

DICHIARA

Di essere consapevole:

- 1) delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e di uso di dichiarazioni contenenti dati non conformi al vero ex art. 76 del DPR 445/2000;
- 2) che l'esercizio abusivo da parte del lavoratore del diritto in parola costituisce giusta causa ai fini della risoluzione del rapporto di lavoro ai sensi dell'art. 2119 c.c., integra gli estremi della responsabilità disciplinare punibile anche con il licenziamento senza preavviso, ai sensi dell'art. 55-quater del D. Lgs. 165/2001 e impone all'Amministrazione l'obbligo di denunciare i fatti all'Autorità giudiziaria per ogni valutazione inerente la sussistenza di eventuali estremi di reato;
- 3) della decadenza delle agevolazioni eventualmente concesse, qualora l'Amministrazione, a seguito di controlli, riscontri la non veridicità di quanto dichiarato ex art. 75 del DPR 445/2000;
- 4) che le informazioni fornite saranno trattate, anche con strumenti informatici dall'Amministrazione unicamente per l'assolvimento dei propri scopi istituzionali e nel rispetto del principio di pertinenza, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le dichiarazioni sono state rese;
- 5) nel caso di fruizione del congedo in modalità frazionata, affinché non vengano computati a titolo di congedo i festivi, le domeniche e i sabati (nel caso di articolazione dell'orario di lavoro su cinque giorni) che cadono tra un periodo e l'altro di congedo, è necessario che vi sia l'effettiva ripresa di servizio (o malattia propria o del proprio figlio o fruizione dei permessi L.104/92) in detto intervallo temporale;
- 6) che la legge ha direttamente ed espressamente indicato l'ordine dei soggetti possibili beneficiari, stabilendo le condizioni in cui si può scorrere in favore del legittimato di ordine successivo. Pertanto tale ordine non è derogabile. Per l'individuazione degli aventi diritto è quindi necessario che i soggetti direttamente obbligati all'assistenza siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
- 7) il congedo, fruibile a periodi interi o in modalità frazionata, non può superare il limite massimo di due anni nell'intero arco della vita lavorativa del dipendente, computando sia i periodi ex art. 42 comma 5 del d.lgs. 151/2001 e ss.mm. sia quelli a titolo di congedo per gravi motivi ex artt.4, commi 2 e 4, legge 8.3.2000 n.53;
- 8) per il periodo di congedo straordinario autorizzato e fruito, il dipendente ha diritto a percepire una indennità corrispondente all'ultima retribuzione con riferimento alle sole voci fisse e continuative del trattamento fondamentale. Il medesimo periodo ha copertura ai fini pensionistici, ma non è valutabile ai fini della tredicesima mensilità, del trattamento di fine rapporto e non dà diritto alla maturazione delle ferie e delle festività soppresse.

Consapevole di quanto sopra e delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- ② Che il familiare da assistere sig./sig.ra _____,
nato/a a _____, il ____/____/_____

è nelle condizioni previste dall'art.3, comma 3, legge 104/1992;

② che il familiare da assistere è:

- celibe/nubile

- coniugato/a con _____ residente a _____

- divorziato/a

- vedovo/a

② Che il familiare da assistere:

- non è ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie o istituti specializzati;

- è ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie o istituti specializzati, ma le strutture medesime attestano la necessità della assistenza continua da parte del dipendente nei confronti del familiare disabile, come da documentazione della struttura che si allega;

- che l'assistito presta/non presta attività lavorativa o, comunque, non nel periodo di fruizione del congedo da parte del dipendente che lo assiste;

② che il rapporto di parentela o affinità con il familiare con necessità di sostegno molto elevato è il seguente: (*indicare il rapporto di parentela/affinità nel rispetto dell'ordine perentorio dei soggetti possibili beneficiari¹ previsti ex art.42, co.5, d.lgs 151/2001 e ss.mm.*)

_____ ;

② che sono mancanti/deceduti/affetti da patologie invalidanti i seguenti familiari beneficiari: il coniuge convivente, il padre e la madre, anche adottivi, i figli conviventi, i fratelli e le sorelle conviventi, i parenti e affini entro il terzo grado conviventi;

② di essere convivente² con il familiare con necessità di sostegno molto elevato³

1 – Il **coniuge** convivente / la parte dell'unione **civile** convivente / **il convivente di fatto** (art. 1, co. 36, L. 76/2016);

– il **padre o la madre**, anche adottivi o affidatari, della persona con necessità di sostegno elevato, in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente / della parte dell'unione civile convivente / del convivente di fatto;

– uno dei **figli conviventi** della persona con necessità di sostegno elevato, nel caso in cui il coniuge convivente / la parte dell'unione civile convivente / il convivente di fatto ed entrambi i genitori del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;

– uno dei **fratelli o sorelle conviventi** della persona con necessità di sostegno elevato nel caso in cui il coniuge convivente / la parte dell'unione civile convivente / il convivente di fatto, entrambi i genitori e i figli conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;

– un **parente o affine entro il terzo grado convivente** della persona con necessità di sostegno elevato nel caso in cui il coniuge convivente / la parte dell'unione civile convivente / il convivente di fatto entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle conviventi siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti.

2 Cfr. circolare di questo Dipartimento n. 55849 del 09/07/2024.

3 Il requisito della convivenza non è richiesto per i genitori, anche adottivi, dei figli con necessità di sostegno molto elevato (art. 4, comma 1, D.lgs. 119/2011).

a) al seguente indirizzo:

via/piazza _____ n. _____

Città _____ Provincia _____;

b) residenza - con il familiare con necessità di sostegno molto elevato - nello stesso stabile

anche se con interni diversi (specificare indirizzo ed interni):

c) dimora temporanea (tra comuni diversi) - con il familiare con necessità di sostegno molto elevato - D.P.R. 223/1989 - D.lgs. 47/2014 art.5, per un massimo di 12 mesi;

② di non essere ancora convivente⁴ con il familiare con necessità di sostegno molto elevato sopra indicato, ma provvederà ad instaurare la convivenza al seguente indirizzo:

via/piazza _____ n. _____

Città _____ Provincia _____

entro l'inizio del periodo di congedo ex art. 42 comma 5 del D. Lgs 151/2001 di cui intende fruire ed a mantenerla per tutta la durata dello stesso;

② di aver fruito di congedi straordinari retribuiti (indicare anche se presso altri enti o aziende) art. 42 c.5 D.lgs.151/2001 - per complessivi giorni _____ dal _____ al _____;

② di non aver fruito di congedi straordinari retribuiti art. 42 c.5 D. Lgs.151/2001;

② di non aver fruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, L. 53/2000) - anche presso altri enti o aziende;

② di aver fruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (anche presso altri enti o aziende) art.42 c.5 D.lgs.151/2001 per complessivi giorni _____

dal _____ al _____;

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare qualunque variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento e ad aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di specifica richiesta dell'amministrazione.

Il sottoscritto allega alla presente istanza:

⁴ Cfr. sentenza della Corte Costituzionale n. 232 del 7 dicembre 2018.

- 1) Copia del verbale della Commissione medico – legale** prevista dall'art. 4 della Legge 104/1992 (o certificazione provvisoria rilasciata dal medico specialista nella patologia denunciata in servizio nella ASL di appartenenza dell'interessato) o, in alternativa, **copia del decreto del tribunale di omologa della C.T.U.**, attestante la condizione di disabilità **ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/92**;
- 2) copia dei documenti di riconoscimento in corso di validità proprio e del familiare con necessità di sostegno molto elevato;**
- 3) la dichiarazione del familiare con necessità di sostegno molto elevato - qualora quest'ultimo non sia in condizioni di fare dichiarazioni, le stesse potranno essere rese dal dipendente che attesterà detta incapacità allegando copia di un documento di riconoscimento del dichiarante - concernente le seguenti informazioni:**

- la composizione della propria famiglia d'origine;
- che non è ricoverato a tempo pieno presso strutture pubbliche o private (con l'eccezione sopra evidenziata);
- che non presta attività lavorativa in generale o, comunque, nel periodo di fruizione del congedo da parte del dipendente che lo assiste;
- esistenza in vita/o meno del coniuge e dei genitori anche adottivi;
- eventuale mancanza fisica o giuridica del coniuge e dei genitori anche adottivi;
- l'eventuale certificazione, rilasciata da struttura pubblica, attestante patologie invalidanti indicate dall'art. 2, co. 1, lett. d, nn.1, 2 e 3 del D.I. n. 278/2000 nel caso in cui il coniuge e/o i genitori siano affetti da tali patologie;
- la convivenza o non convivenza con altri familiari, coniuge o parenti e affini entro il terzo grado (nella prima ipotesi specificare il legame di parentela e l'attività lavorativa o stato di disoccupazione del familiare convivente);
- dichiarazione relativa alla fruizione /o meno da parte di altri familiari del congedo retribuito e/o dell'aspettativa per gravi motivi di famiglia per assisterlo;
- che, nei periodi di congedo richiesti dal dipendente all'ufficio di appartenenza, gli altri eventuali familiari rinunciano a fruire di detto congedo.

- 4) La dichiarazione di eventuali altri figli o fratelli/sorelle/parenti e affini entro il terzo grado secondo l'ordine indicato nella nota 1 a pag. 3:**

- di essere conviventi/non conviventi;
- di prestare o meno attività lavorativa, con precisa indicazione del datore di lavoro e/o di essere lavoratori autonomi;
- di avere già fruito del congedo retribuito o dell'aspettativa per gravi motivi di famiglia per assistere il genitore/fratello o sorella o il parente o affine entro il terzo grado (specificare);
- di rinunciare a fruire di detto congedo nei periodi richiesti dal dipendente all'ufficio di appartenenza.

LUOGO E DATA

FIRMA

Ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 e del D. Lgs. 101/2018 i dati personali forniti saranno raccolti e trattati anche con l'uso di sistemi informatizzati per l'emanazione dei conseguenziali provvedimenti.

<https://www.regione.sicilia.it/istituzioni/regione/strutture-regionali/assessorato-autonomie-locali-funzione-pubblica/dipartimento-funzione-pubblica-personale/altri-contenuti/privacy-e-trattamento-dati-personali/informative-privacy/ass-autonomie/dip-autonom>

La struttura del presente modello non deve essere in alcun modo alterata con modifiche e/o cancellazioni.

L'invio al Servizio 1 F.P. dovrà avvenire a mezzo mail all'indirizzo: giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it allegando copia del documento di riconoscimento in formato .pdf - In difformità a quanto esposto la richiesta non troverà accoglimento.