

**OGGETTO: DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO**

Art. 42, commi 5 e seguenti, D.Lgs. 151/2001 – assistenza a persona con disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/1992

**A. Dati del richiedente e domanda**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

recapito \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

☐ Contratto a tempo indeterminato    ☐ Contratto a tempo determinato, scadenza \_\_\_\_\_

☐ Tempo pieno    ☐ Part-time: \_\_\_\_\_ ore settimanali, tipologia \_\_\_\_\_

**CHIEDE di fruire del congedo straordinario retribuito per assistere la persona indicata nella sezione B, nei seguenti periodi (indicare separatamente tutti i periodi richiesti):**

| Dal (compreso) | Al (compreso) | N. giorni di calendario |
|----------------|---------------|-------------------------|
|                |               |                         |
|                |               |                         |
|                |               |                         |
|                |               |                         |
|                |               |                         |

Si prende atto che **il congedo è riconosciuto entro trenta giorni dalla richiesta, previa verifica dei presupposti**, nei limiti di legge.

**B. Dati della persona da assistere**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

rapporto con il richiedente \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

[illegible]

**Per le patologie invalidanti del soggetto prioritario, allegare certificazione del medico SSN/convenzionato o medico di medicina generale attestante che la condizione impedisce l'assistenza, senza indicare la diagnosi nel presente modulo.**

**3. Convivenza:**

- ☐ stessa residenza anagrafica dell'assistito
- ☐ residenza nel medesimo stabile e numero civico, pur in appartamenti distinti
- ☐ dimora temporanea risultante dallo schedario della popolazione temporanea, ove applicabile
- ☐ convivenza da instaurare successivamente alla domanda: richiesta di variazione di residenza/iscrizione presentata il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_; mi impegno a documentarne l'effettiva instaurazione
- ☐ non richiesta: genitore che assiste il figlio

Indirizzo del richiedente presso l'assistito (se diverso da quello sopra):  
\_\_\_\_\_

**4. Ricovero:**

- ☐ la persona assistita non è ricoverata a tempo pieno
- ☐ è ricoverata a tempo pieno; allego richiesta dei sanitari della struttura attestante la necessità della mia presenza

**5. Fruizione di congedi e altri benefici:**

- ☐ durante i periodi richiesti non vi è contemporanea fruizione del congedo straordinario da parte di altri lavoratori per la stessa persona
- ☐ durante i periodi richiesti non vi è fruizione, negli stessi giorni, dei permessi ex art. 33, c. 3, L. 104/1992 da parte di altri lavoratori per la stessa persona, ferme le eccezioni di legge
- ☐ se il beneficiario è mio figlio, l'altro genitore non fruirà negli stessi giorni dei benefici incompatibili previsti dall'art. 42, c. 5-bis, D.Lgs. 151/2001

**6. Periodi già riconosciuti (indicare anche "nessuno"):**

| Tipologia | Beneficiario e persona assistita | Periodo/i (dal/al) e totale giorni |
|-----------|----------------------------------|------------------------------------|
|           |                                  |                                    |
|           |                                  |                                    |
|           |                                  |                                    |
|           |                                  |                                    |
|           |                                  |                                    |
|           |                                  |                                    |

Compilare la tabella per: (a) miei congedi per questo assistito; (b) congedi di altri per questo assistito; (c) miei congedi per altri assistiti; (d) miei eventuali congedi ex art. 4, c. 2, L. 53/2000.

**7. Situazione familiare della persona assistita: indicare parenti e affini fino al terzo grado, inclusi i non conviventi; se necessario aggiungere foglio separato.**

| Nome e cognome | Rapporto | Indirizzo di residenza | Convive con la persona assistita? | Professione ed eventuale situazione rilevante |
|----------------|----------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|
|                |          |                        |                                   |                                               |
|                |          |                        |                                   |                                               |
|                |          |                        |                                   |                                               |
|                |          |                        |                                   |                                               |
|                |          |                        |                                   |                                               |
|                |          |                        |                                   |                                               |
|                |          |                        |                                   |                                               |
|                |          |                        |                                   |                                               |
|                |          |                        |                                   |                                               |
|                |          |                        |                                   |                                               |
|                |          |                        |                                   |                                               |
|                |          |                        |                                   |                                               |

**8. Ulteriori impegni e dichiarazioni:**

- ☐ presterò effettivamente assistenza alla persona indicata durante il congedo
- ☐ mi impegno a non svolgere altra attività lavorativa incompatibile con la finalità del congedo e a comunicare eventuali situazioni rilevanti
- ☐ comunicherò immediatamente variazioni di residenza/convivenza, ricovero, riconoscimento della disabilità, priorità familiare e fruizione di altri benefici
- ☐ sono consapevole che l'Amministrazione verifica le dichiarazioni sostitutive ai sensi degli artt. 71 e 72 D.P.R. 445/2000.

**D. Dichiarazione dell'assistito (ove possibile e pertinente)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
persona indicata nella sezione B, dichiaro:

- ☐ di desiderare l'assistenza del/della richiedente sopra indicato/a
- ☐ di non essere ricoverato/a a tempo pieno      ☐ di essere ricoverato/a e di allegare la richiesta dei sanitari

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito \_\_\_\_\_

Qualora l'assistito non possa rendere tale dichiarazione, specificare:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Questa dichiarazione integrativa non sostituisce il verbale di riconoscimento né le dichiarazioni del richiedente.

**E. Documentazione allegata (barrare quanto prodotto)**

- ☐ verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3, c. 3, L. 104/1992
- ☐ documento d'identità del richiedente
- ☐ documentazione della convivenza in corso di instaurazione o della dimora temporanea, se pertinente
- ☐ certificazioni sulle patologie invalidanti dei familiari prioritari, se pertinenti
- ☐ richiesta dei sanitari in caso di ricovero a tempo pieno, se pertinente
- ☐ documenti di identità dei soggetti prima legittimati
- ☐ ulteriore documentazione per lo scorrimento dell'ordine di priorità, se pertinente
- ☐ foglio aggiuntivo per la situazione familiare o per i periodi di congedo, se necessario

Informativa privacy: i dati, anche relativi alla salute, sono trattati esclusivamente per l'istruttoria e la gestione del beneficio ai sensi del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003. L'informativa completa dell'Istituto è resa disponibile con le modalità previste dall'Amministrazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

## SCHEDA ISTRUTTORIA – USO INTERNO

---

Da non compilare a cura del dipendente. Il provvedimento di concessione è adottato dal Dirigente Scolastico con decreto separato.

- ☐ Identità, rapporto di lavoro e durata del contratto verificati
- ☐ Verbale ex art. 3, c. 3, L. 104/1992 verificato; eventuale revisione valutata
- ☐ Titolo e ordine di priorità verificati; documenti per eventuale scorrimento acquisiti
- ☐ Convivenza verificata o successiva instaurazione documentata, quando richiesta
- ☐ Ricovero verificato; eventuale richiesta dei sanitari acquisita
- ☐ Periodi già fruiti dal richiedente e da altri verificati; limite biennale nell'arco dell'intera carriera lavorativa verificato
- ☐ Compatibilità con permessi e altri benefici verificata, con attenzione alle eccezioni di legge
- ☐ Situazione familiare e indirizzi acquisiti; controlli sulle autocertificazioni effettuati
- ☐ Documentazione per RTS Ancona completa secondo Allegato 1 della nota operativa

Annotazioni:

---

---

Istruttoria curata dall'Ufficio del Personale

Data \_\_\_\_\_

Riferimenti: art. 42, commi 5-5-quinquies, D.Lgs. 151/2001; art. 33 L. 104/1992; D.P.R. 445/2000; nota RTS Ancona fornita dall'Istituto. In caso di richieste sovrapposte di permessi e congedo, verificare puntualmente la disciplina applicabile.

Visto,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

---