



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



**TSK H/1**  
(PER ASSISTENZA  
A FIGLI O AFFIDATI)

*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 GENITORE/AFFIDATARIO DI PERSONA CON GRAVE DISABILITÀ, AI SENSI DELL'ART. 3, COMMA 3, DELLA LEGGE 104/92,**

## CHIEDE

**DI USFRUIRE DEL CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER L'ASSISTENZA AL FRATELLO/SORELLA SIG./**  
**RA** \_\_\_\_\_ **NATO/A A** \_\_\_\_\_ **( ) IL**  
**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ OVVERO AFFIDATO/ADOTTATO IL** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *(in caso di adozione o*  
*affidamento indicare gli estremi del provvedimento di adozione/affidamento)* **E RESIDENTE NEL COMUNE DI**  
\_\_\_\_\_ **( ) IN VIA/PIAZZA** \_\_\_\_\_ **con situazione di**  
**handicap permanente in situazione di gravità dichiarata dall'Azienda sanitaria competente con verbale n.** \_\_\_\_\_  
**di data** \_\_\_\_\_ **;**



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



PER I PERIODI:



**TSK H/1**  
(PER ASSISTENZA  
A FIGLI O AFFIDATI)

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 convivere con il/la proprio/a figlio/a e di avere la medesima residenza con lo/la stesso/a;
- che il/la figlio/a è - minore di età - maggiorenne (depenare la voce che non interessa);
- che il/la figlio/a non è ricoverato a tempo pieno in ospedale o in strutture di assistenza;**
- che il/la figlio/a non svolge attività lavorativa;

#### OVVERO (in alternativa):

- di non convivere con il figlio/a ma assisterlo/a con carattere di sistematicità e adeguatezza;
- che il /la figlio/a non è coniugato/a, non convive con il coniuge o con la parte dell'unione civile e non ha convivente di fatto (di cui all'art. 1, comma 36 della legge 76/2016);

#### IN CASO DI CONVIVENZA:

- che il figlio convive con il coniuge o con la parte dell'unione civile o con il convivente di fatto, ma questi soggetti non svolgono alcuna attività lavorativa o sono lavoratori autonomi;
- che il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto del/la figlio/a è dipendente presso \_\_\_\_\_ e che ha rinunciato alla fruizione del congedo nei periodi sopraindicati;
- che il coniuge del/la figlio/a o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto non ha usufruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave;
- che il coniuge del/la figlio/a o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto non intende richiedere il congedo straordinario retribuito nei periodi sopraindicati;
- che il coniuge del/la figlio/a o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto ha usufruito dei seguenti periodi



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO  
di congedo straordinario;



**TSK H/1**  
(PER ASSISTENZA  
A FIGLI O AFFIDATI)

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al

**DICHIARA INOLTRE**

- di aver usufruito, per il/la figlio/a, dei seguenti periodi di aspettativa non retribuita per gravi ragioni personali:

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

- di non usufruire, nei periodi di congedo richiesto, dei permessi per assistenza, ai sensi dell'articolo 33, comma 3 della Legge 104/92;
- di aver usufruito, per il/la figlio/a, 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.);

- che l'altro genitore del figlio sig./sig.ra** \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, presta attività lavorativa presso \_\_\_\_\_ / non presta attività lavorativa;

ha già usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario retribuito;

non ha fruito di alcun periodo di congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto.

**DURANTE IL PERIODO DI CONGEDO STRAORDINARIO RICHIESTO NON È POSSIBILE, PER L'ALTRO GENITORE, LA FRUIZIONE DEL MEDESIMO CONGEDO STRAORDINARIO E DEI PERMESSI DI CUI ALLA LEGGE 104/92.**



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



**TSK H/1**  
(PER ASSISTENZA  
A FIGLI O AFFIDATI)

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".