



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



TSK H/3
(PER ASSISTENZA AL CONIUGE /
PARTE DELL'UNIONE CIVILE /
CONVIVENTE DI FATTO)

*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 CONIUGE O DI PARTE DELL'UNIONE CIVILE O DI CONVIVENTE DI FATTO (di cui all'art. 1, comma 36 della Legge 76/2016) 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 CONIUGE ALLA PARTE DELL'UNIONE CIVILE O DI CONVIVENTE DI FATTO 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/3
(PER ASSISTENZA AL CONIUGE /
PARTE DELL'UNIONE CIVILE /
CONVIVENTE DI FATTO)

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, 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 o di avere la medesima residenza con il coniuge o con la parte dell'unione civile o con il convivente di fatto, ovvero di avere la residenza nello stesso stabile e al medesimo numero civico;
- che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno in ospedale o in strutture di assistenziali e/o sanitarie;**
- che lo/a stesso/a non presterà alcuna attività lavorativa durante i periodi di congedo fruiti dal richiedente;
- che i genitori e/o gli altri fratelli/sorelle del coniuge o della parte dell'unione civile o del convivente di fatto, non hanno mai usufruito del congedo straordinario per l'assistenza al medesimo soggetto;

OVVERO (in alternativa):

- che hanno già usufruito, complessivamente, di n. _____ giorni di congedo straordinario per assistenza al medesimo soggetto;
- di aver usufruito, per l'assistenza al coniuge o alla parte dell'unione civile o al convivente di fatto, dei seguenti periodi di aspettativa non retribuita per gravi ragioni personali o di famiglia:

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

- di aver usufruito, l'assistenza al coniuge o alla parte dell'unione civile o al convivente di fatto, dei seguenti periodi di congedo straordinario **presso il seguente datore di lavoro (Esclusa PAT):**

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

- 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.);

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.

Il 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".