DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER IL FRATELLO O LA SORELLA DI UNA PERSONA CON DISABILITÀ GRAVE

(art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - Decreto Legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

A _____

SEDE

FRATELLO/SORELLA RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in _____ Prov. _____

via _____ C.A.P. _____ CF _____

CHIEDE

di usufruire del congedo straordinario spettante ai fratelli o sorelle di persona in condizione di handicap grave e della relativa indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - Decreto Legislativo n. 151/2001).

PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI

Chiedo di poter usufruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

DICHIARAZIONE DEL FRATELLO O DELLA SORELLA RICHIEDENTE

DICHIARO

- di essere convivente con il fratello in condizione di disabilità grave
- che mio/a fratello/sorella non è coniugato/a e non convive con il coniuge
- che il coniuge di mio/a fratello/sorella non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- che il coniuge di mio/a fratello/sorella non ha mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona
- che il coniuge di mio/a fratello/sorella ha usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave

• che il coniuge di mio/a fratello/sorella non ha chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati di congedi straordinari retribuiti e non intende richiederli negli stessi periodi

• che i miei genitori sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)

• che l'unico genitore vivente è totalmente inabile (allegare certificazione)

• che i miei genitori deceduti o totalmente inabili e altri fratelli/sorelle (anche se deceduti/e) non hanno mai usufruito per l'assistenza al disabile di giorni di congedo straordinario retribuito

• che i miei genitori deceduti o totalmente inabili e gli altri fratelli/sorelle (anche se deceduti/e) hanno usufruito complessivamente per l'assistenza al disabile di n. _____ giorni di congedo straordinario retribuito

• di svolgere attività lavorativa alle dipendenze dell'Azienda indicata nella prima pagina

• matricola Inps dell'Azienda (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) _____

• settore di appartenenza (industria, artigianato, terziario, servizi, agricoltura ecc.) _____

• qualifica (impiegato, operaio, ecc.) _____ con contratto:
- a tempo indeterminato
- a tempo determinato con scadenza il _____
– a part time verticale (periodi di prevista attività di lavoro):
dal _____ al _____

• di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per la stessa persona
dal _____ al _____ gg _____
dal _____ al _____ gg _____
complessivamente per l'assistenza al disabile di n. _____ giorni di congedo straordinario retribuito
dal _____ al _____ gg _____
dal _____ al _____ gg _____
presso l'Azienda/Ente, via, n., città, matricola aziendale n.
_____

• di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)

dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
presso l’Azienda/Ente,via n. città matricola aziendale n.
presso l’Azienda/Ente, via, n., città, matricola aziendale n.

• di non usufruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati in questo modulo dei permessi previsti dall’art. 33 della Legge 104/1992 per l’assistenza alle persone in condizione di disabilità grave.

Data _____

Firma

DICHIARAZIONE DEL FRATELLO O DELLA SORELLA RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in _____ Prov. _____

via _____ C.A.P. _____ CF _____

DICHIARA

• di essere fratello o sorella del richiedente
• di essere convivente con il fratello/sorella richiedente
• di essere in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della Legge n. 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____
• di non essere ricoverato a tempo pieno
• di non essere impegnato in attività lavorativa
• di essere assistito con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal fratello richiedente

Firma