

**FAC SIMILE RICHIESTA APPLICAZIONE ART. 42 DEL D.LGS. 151/2001 – PERSONA  
IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE**

**All'Area del Personale  
Divisione Personale Tecnico-Amministrativo  
e Bibliotecario  
(fax 06/57335259 – 06/57335253)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. civico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di fruire di: giorni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

di congedo retribuito spettante per l'assistenza a persona in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs 151/2001.

In qualità di:

- coniuge convivente di persona in situazione di disabilità grave;
- genitore di persona in persona in situazione di disabilità grave (allegare dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 circa la mancanza, decesso o presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente);
- figlio convivente di persona in situazione di disabilità grave (allegare dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 circa la mancanza, decesso o presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente e di entrambi i genitori);
- fratello/sorella convivente di persona in situazione di disabilità grave (allegare dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 circa la mancanza, decesso o presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente, di entrambi i genitori e di tutti i figli conviventi);

de/lla Sig./Sig.ra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. civico \_\_\_\_\_

(nel caso di dimora temporanea allegare la dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)

### DICHIARA

- che all'alla predetto\la è stata riconosciuta la condizione di disabilità grave dalla competente Commissione Medica ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/1992 e s.m.i. e che il relativo certificato è stato trasmesso alla Divisione del Personale Tecnico-Amministrativo (ovvero trasmette la certificazione unitamente alla presente istanza):
- che l'interessato non è ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie;
- di non aver fruito del congedo di cui all'art. 4, comma 2, della L. 53/2000;
- di aver fruito del congedo di cui all'art. 4, comma 2, della L. 53/2000 per mesi \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_ (congedo senza assegni per gravi e documentati motivi familiari);
- di essere l'unico referente a fruire nel periodo richiesto del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs 151/2001;
- di essere consapevole delle responsabilità penali per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del DPR 445/2000);
- di essere consapevole di decadere dai benefici al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 del DPR 445/2000);
- di assumere l'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto o di diritto da qui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Roma,

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

\_\_\_\_\_