



**Alla Responsabile Area del
personale tecnico,
amministrativo e
bibliotecario e welfare**

RICHIESTA CONGEDO PER MOTIVI DI FAMIGLIA EX ART.32 CCNL 2006-2009

Il/la sottoscritto/a

in servizio presso.....

nato/a ila..... (prov.)

residente a(prov.....)

via/piazzan.

CHIEDE

di poter usufruire di un periodo di congedo senza assegni per **documentati e gravi motivi familiari**
a decorrere dal al

Ai sensi del D.M. 278/2000 per gravi motivi si intende:

☐ le necessità familiari derivanti dal decesso di un membro della propria famiglia anagrafica, dei soggetti di cui all'art. 433 del codice civile anche se non conviventi, nonché dei portatori di handicap, parenti o affini entro il terzo grado, anche se non conviventi
..... (precisare il soggetto ed il tipo di legame)

☐ le situazioni che comportano un impegno particolare del dipendente o della propria famiglia nella cura o nell'assistenza di un membro della propria famiglia anagrafica, dei soggetti di cui all'art. 433 del codice civile anche se non conviventi, nonché dei portatori di handicap, parenti o affini entro il terzo grado, anche se non conviventi;
..... (precisare il soggetto ed il tipo di legame)

☐ le situazioni di grave disagio personale, ad esclusione della malattia, nelle quali incorra il dipendente medesimo;

☐ le situazioni, riferite ai un membro della propria famiglia anagrafica, dei soggetti di cui all'art. 433 del codice civile anche se non conviventi, nonché dei portatori di handicap, parenti o affini entro il terzo grado, anche se non conviventi ad esclusione del richiedente, derivanti dalle seguenti patologie:

1) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;



- 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi Clinici, ematochimici e strumentali;
- 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;
- 4) patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui ai precedenti numeri 1, 2, e 3 o per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.

_____ (precisare il soggetto ed il tipo di legame)

Si allega idonea documentazione sanitaria rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

Il/la sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni che la legge commina per dichiarazioni false e/o reticenti (artt. 483, 485 Codice Penale e art. 76 DPR 445-2000). Il/la sottoscritto/a è consapevole che l'Università effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 DPR 445-2000) Il/la sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi Roma Tre al trattamento dei dati personali, nel rispetto del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03.

Data

Firma

.....

.....

Visto del Responsabile della struttura

.....

☐ INVIO PER POSTA, FAX O VIA INFORMATICA

Ai sensi dell'art. 30 DPR 445-2000, il dichiarante allega fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità