



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA

AL MAGNIFICO RETTORE
SEDE

Il/La sottoscritto/a _____

residente in _____

Via _____ n. _____

MATRICOLA _____ Tel. _____

chiede

di fruire del CONGEDO STRAORDINARIO spettante ai genitori di soggetti portatori di handicap grave accertato da almeno 5 anni, ai sensi del D.Lgs. n. 151/2001, Art. 42, c. 5, per i seguenti periodi:

dal ____/____/____ al ____/____/____ gg. ____; dal ____/____/____ al ____/____/____ gg. ____;

dal ____/____/____ al ____/____/____ gg. ____; dal ____/____/____ al ____/____/____ gg. ____;

per il bambino _____ nato il ____/____/____

proprio figlio naturale minore adottato o affidato in data ____/____/____

portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____

in data ____/____/____

A tal fine, dichiara:

- che il minore medesimo non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che il minore medesimo non è impegnato in attività lavorativa;
- che non fruirà, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario richiesto, dei permessi previsti dall'art. 33 della L. 104/92 per l'assistenza alle persone handicappate.

**N.B.: SCRIVERE IN STAMPATELLO E BARRARE LE CASELLE CHE INTERESSANO
CONSULTARE AVVERTENZE IMPORTANTI SUL RETRO**

ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

Il/La sottoscritto/a _____

nato il ____/____/____ altro/a genitore o altro/a affidatario/a del bambino

indicato a fianco, dichiara:

- di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo
- di essere lavoratore dipendente presso _____
con sede in _____
Via _____ n. _____
- di non aver chiesto, impegnandosi a non richiederli, per lo stesso soggetto handicappato, congedi straordinari retribuiti negli stessi periodi.
- di aver già fruito di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto
dal ____/____/____ al ____/____/____ gg. ____; dal ____/____/____ al ____/____/____ gg. ____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

I sottoscritti ("richiedente" e "altro genitore"), consapevoli delle responsabilità amministrative, civili e penali previste in caso di dichiarazioni false o fraudolente, dichiarano, ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano, che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero e si impegnano a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, comprese le eventuali future richieste di congedo straordinario retribuito di "altro genitore o affidatario", l'eventuale ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituti specializzati, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL.

I sottoscritti autorizzano l'Università degli Studi di Bari al trattamento dei propri dati personali per finalità strettamente connesse con la trattazione della presente domanda.

Data e firma del/della richiedente _____

Firma dell'altro genitore o affidatario _____

(SPAZIO RISERVATO AI TIMBRI)