AL DIRETTORE GENERALE

Università degli Studi di Foggia

**Oggetto: richiesta congedo straordinario per assistenza a familiare con disabilità grave - art. 42, c.5,**

**d.lgs. 151 2001 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

dipendente di codesta Università ed in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto di lavoro a tempo indeterminato, matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

tel. mobile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di poter fruire del congedo straordinario retribuito spettante al per assistenza a familiare convivente in

condizione di disabilita grave ai sensi dell'art.42 del d.lgs. 26.3.2001, n.151 e s.m.i. nel seguente periodo:

* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*DATI DEL FAMILIARE DISABILE:*

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A tal fine, il/la sottoscritto/a

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.10.2000, n. 445,

- di essere convivente e residente con il familiare in condizione di disabilità grave;

- di essere fruitore dei permessi 104/92 per assistere il proprio coniuge;

- che il familiare, disabile in situazione di gravità, accertata dalla Commissione Medica della ASL

di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e confermata dall'apposita Commissione Medica in

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, non è ricoverato a tempo pieno;

- di aver già usufruito dei giorni di congedo straordinario ex art. 42 del d.lgs. 25.3.2001, n.151 e s.m.i. nei

seguenti periodi:

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- che altri familiari del coniuge non hanno mai usufruito dei giorni di congedo straordinario ex art.42 del

d.lgs. 26.3.2001, n.151 e s.m.i..

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA