



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



*Al Servizio per il Reclutamento e
Gestione del Personale della Scuola
Ufficio gestione rapporto lavoro personale della
scuola
Tramite PITre*

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO
(Art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001)

IL SOTTOSCRITTO COGNOME _____ NOME _____

MATRICOLA _____

☐ DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DAL ____/____/____

☐ DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO DAL ____/____/____ AL ____/____/____

NEL PROFILO DI _____

IN SERVIZIO PRESSO _____

IN UTILIZZO PRESSO _____

CON ORARIO DI LAVORO A :

☐ TEMPO PIENO;

☐ TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE _____ ORE SETTIMANALI;

☐ TEMPO PARZIALE VERTICALE ANNUALE _____ ORE SETTIMANALI (CON PRESTAZIONE LAVORATIVA NEI MESI
DI _____);

☐ TEMPO PARZIALE VERTICALE _____ ORE SETTIMANALI (CON PRESTAZIONE LAVORATIVA NEI GIORNI DI
_____);

IN QUALITÀ DI CONIUGE O DI PARTE DELL'UNIONE CIVILE O DI CONVIVENTE DI FATTO (di cui all'art. 1,
comma 36 della Legge 76/2016) DI PERSONA CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO MOLTO
ELEVATO, AI SENSI DELL'ART. 3, COMMA 3, DELLA LEGGE 104/92,

CHIEDE

DI USUFRUIRE DEL CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER L'ASSISTENZA AL CONIUGE, ALLA PARTE
DELL'UNIONE CIVILE O AL CONVIVENTE DI FATTO, SIG./RA _____

NATO/A A _____ (____) IL ____/____/____ con condizione di disabilità con
necessità di sostegno molto elevato, stabilita dal Centro sanitario territorialmente competente, con verbale n.
_____ di data _____;

PER I PERIODI:

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

- ☐ di convivere o di avere la medesima residenza con il coniuge o con la parte dell'unione civile o con il convivente di fatto, ovvero di avere la residenza nello stesso stabile e al medesimo numero civico;
- ☐ che la persona assistita non è ricoverata a tempo pieno in ospedale o in strutture assistenziali e/o sanitarie;
- ☐ che lo/a stesso/a non presterà alcuna attività lavorativa durante i periodi di congedo fruiti dal richiedente;
- ☐ che i genitori e/o gli altri fratelli/sorelle del coniuge o della parte dell'unione civile o del convivente di fatto, non hanno mai usufruito del congedo straordinario per l'assistenza al medesimo soggetto;

OVVERO (in alternativa):

- ☐ che i genitori e/o gli altri fratelli/sorelle del coniuge o della parte dell'unione civile o del convivente di fatto, hanno già usufruito, complessivamente, di n. _____ giorni di congedo straordinario per assistenza al medesimo soggetto;
- ☐ di aver usufruito, per l'assistenza al coniuge o alla parte dell'unione civile o al convivente di fatto, dei seguenti periodi di aspettativa non retribuita per gravi ragioni personali o di famiglia:

dal	al	dal	al
-----	----	-----	----

- ☐ di aver usufruito, per l'assistenza al coniuge o alla parte dell'unione civile o al convivente di fatto, dei seguenti periodi di congedo straordinario presso il seguente datore di lavoro (Esclusa PAT):

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al

☐ di aver fruito, successivamente al periodo di congedo straordinario richiesto in precedenza, **solo nel caso in cui non si fosse ripresa l'attività lavorativa**, delle seguenti giornate:

☐ _____ di permesso, ai sensi dell'articolo 33, comma 3 della Legge 104/92;

☐ _____ di assenza dal servizio a diverso titolo (ferie, permessi non retribuiti, permessi retribuiti, ecc.);

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che durante i periodi di congedo straordinario non spetta l'assegno di cura previsto dalla L.P. n° 15/2012.

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA INOLTRE AD INFORMARE TEMPESTIVAMENTE L'AMMINISTRAZIONE DI OGNI MUTAMENTO DELLE SITUAZIONI DICHIARATE ED IN PARTICOLARE:

- l'eventuale ricovero oltre le 24 ore in ospedale o presso strutture sanitarie o di assistenza;
- della revisione del giudizio di gravità da parte della Commissione medico legale territoriale competente;
- della richiesta di modifica ai periodi di congedo richiesti, ovvero dell'intervenuta causa di sospensione della fruizione;
- dell'eventuale decesso della persona assistita.

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di aver preso visione dell'informativa generale privacy del Servizio per il reclutamento e la gestione del personale della scuola ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 consultabile nella sezione "Documenti e dati" del sito ufficiale della Provincia autonoma di Trento o direttamente al seguente link: <https://www.provincia.tn.it/Documenti-e-dati/Documenti-di-supporto/Informativa-generale-privacy-Servizio-per-il-reclutamento-e-gestione-del-personale-della-scuola>

Luogo e data _____ Firma del dipendente _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente domanda è stata sottoscritta in presenza del/lla dipendente della segreteria incaricato/a al ricevimento della documentazione (indicare in stampatello il nome del dipendente) _____

A supporto della domanda allega _____

Qualora già in possesso dell'Amministrazione la suddetta documentazione non dovrà essere ulteriormente allegata, purché ancora in corso di validità. In tal caso indicare la struttura presso cui la stessa è depositata.

IL DIRIGENTE/COORDINATORE PEDAGOGICO
