

**Il/La sottoscritto/a**

Mod."A" pag.1 di 1

Qualifica:..... Cognome..... Nome:..... nato a .....(.....) il ..... C.F..... residente in..... via .....n..... Sc.....P.....Int.....  celibe/nubile  coniugato/a  unito/a civilmente  vedovo/a  coniuge mancante (allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda)  parte unita civilmente mancante (allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda) con il Sig/ra..... nato/a a ..... (.....) il ..... residente in..... via .....n..... Sc.....P.....Int....., essendo autorizzato, ai sensi della L.104/92, a beneficiare dei 3 gg. di permesso mensili con provv. n..... del .....,  fruitore di alloggio collettivo della Polizia di Stato presso.....

**CHIEDE**

ai sensi dell'art.42 co. 5 del D.lgs.151/2001 e s.m.i., di poter fruire del congedo per assistenza a persone disabili con handicap grave, per il/la Sig/ra: .....,  coniuge  parte di un'unione civile  convivente di fatto  parente/affine ..... di ..... grado (si veda legenda), in quanto, nel rispetto dell'ordine di priorità tra i famigliari, previsto dall'art.4, p.1 lett.b) del D.lgs.119/2011, è il beneficiario.

**Periodo di congedo richiesto:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg.

**A tal fine allega la sottonotata documentazione:**

- Copia del verbale di accertamento dell'Handicap grave datato ..... ( qualora non ancora presentato o siano intervenute modifiche)
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà redatta dal  disabile  famigliare Mod. "IC"  
 tutore  curatore  amm.re di sostegno Mod. "LC"
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sulla conoscenza degli aspetti e tratti peculiari del congedo richiesto Modd. "B" e "C"
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà per ASSISTENZA AL CONIUGE/PARENTE/AFFINE entro 3° convivente Mod. "H"

Altro: .....

Roma, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

**Firma del richiedente**.....

La presente può essere sottoscritta in presenza del funzionario dell'ufficio o, in alternativa, può essere spedita per posta o fax, corredata da una copia di valido documento di riconoscimento dell'interessato - art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000

Spazio riservato all'Ufficio	Si attesta l'autenticità della firma, apposta in mia presenza sulla presente istanza di congedo e sui seguenti modelli allegati: <input type="checkbox"/> "B" <input type="checkbox"/> "C" <input type="checkbox"/> "H" dal dipendente ..... in data ..... (art. 38 Testo Unico della documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000), il quale è stato preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace Luogo e data ..... Timbro e firma del funzionario addetto .....
------------------------------	--

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
( art. 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 )

Mod."B" pag.1 di 1

Io sottoscritto/a ..... Qual..... nato/a a ..... (.....) il.....

in relazione alla domanda di congedo per assistenza a persona disabile con handicap grave datata ..... ai sensi dell'art.42 comma 5 del D.lgs.151/2001 e s.m.i., *consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni, di formazione e di uso di atti falsi il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i.*

**DICHIARO**

- a) di impegnarmi a comunicare tempestivamente la revisione/rinnovo del giudizio di gravità dell'handicap eventualmente effettuata da parte della Commissione ASL/Inps;
- b) di essere a conoscenza di aver diritto a fruire il congedo richiesto **entro trenta giorni** dalla presente richiesta;
- c) di essere a conoscenza che il congedo straordinario retribuito in argomento non può superare la durata complessiva di due anni per ciascuna persona portatrice di handicap e nell'arco della vita lavorativa; ovvero che, da un lato la norma stabilisce che ciascuna persona in situazione di gravità grave ha diritto a due anni di assistenza a titolo di congedo straordinario da parte dei famigliari individuati dalla legge, dall'altro, il famigliare lavoratore che provvede all'assistenza può fruire di un periodo massimo di due anni di congedo per assistere i famigliari disabili. Tale congedo concorre con il congedo per gravi e documentati motivi famigliari, previsto dalla legge n.53/2000, al raggiungimento del suddetto limite massimo di due anni. Per cui il "contatore" complessivo a disposizione di ciascun dipendente è comunque quello di due anni nell'arco della vita lavorativa, a prescindere dalla causa specifica per cui il congedo è fruito;
- d) di essere a conoscenza che il congedo in questione può essere accordato per l'assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità alternativamente ad entrambi i genitori, anche adottivi, ma durante il periodo di congedo richiesto, l'altro genitore non può fruire dello stesso beneficio né di altri benefici previsti dall'art.33, commi 2 e 3 della L. 5 febbraio 1992, n.104 e 33 del D. lgs n. 151/2001 e s.m.i.;
- e) di essere a conoscenza che nell'ambito del periodo di congedo straordinario continuativo si computano tutti i sabati, le domeniche e le giornate festive ricadenti all'interno di esso. Inoltre, qualora fruito in forma frazionata include i giorni festivi, i sabati e le domeniche, salvo che non siano preceduti o seguiti dalla effettiva ripresa in servizio, che, ovviamente non può coincidere con una giornata di ferie;
- f) di essere a conoscenza che il periodo di congedo richiesto è coperto da contribuzione figurativa ed è utile ai fini della maturazione del trattamento di quiescenza e previdenza. Inoltre, che è computabile nell'anzianità giuridica valida ai fini della progressione in carriera e che può ritenersi utile anche ai fini della maturazione dell'assegno di funzione, mentre non rileva ai fini della maturazione delle ferie, della tredicesima mensilità, del trattamento di fine rapporto; che nei casi in cui il beneficio viene richiesto per un periodo continuativo non superiore a sei mesi, il lavoratore ha diritto ad usufruire di permessi non retribuiti in misura pari al numero dei giorni di congedo ordinario che avrebbe maturato nello stesso arco di tempo lavorativo, senza il riconoscimento del diritto a contribuzione figurativa;
- g) di essere, nell'ambito degli aventi diritto, l'unico fruitore del congedo nel periodo richiesto e che nessun altro ha in corso la procedura per tale riconoscimento;
- h) di essere a conoscenza che il congedo straordinario è concesso se è rispettata la condizione della convivenza (fanno eccezione i genitori che assistono i figli), che si **intende soddisfatta quando sussiste la concomitanza della residenza anagrafica e della stabile convivenza, ossia dell'effettiva coabitazione continuativa con il familiare disabile (si veda legenda);**
- i) di essere a conoscenza che **qualora il disabile presti attività lavorativa durante il periodo di congedo richiesto**, occorre rappresentare, con dichiarazione di responsabilità a parte, quali siano le esigenze dell'assistenza che determinano la richiesta del periodo di congedo biennale per assistenza al disabile, *evidenziando tra l'altro le motivazioni che non consentano di soddisfare le esigenze medesime al di fuori del proprio orario ordinario di servizio – circ. Inps n.28/2012;*
- j) di prestare realmente assistenza nei confronti della persona in situazione di handicap grave per il quale è richiesto il congedo e di essere consapevole che le agevolazioni in argomento sono uno strumento di assistenza al disabile e che, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- k) di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- l) di essere a conoscenza dell'obbligo di dare immediata comunicazione al proprio ufficio di appartenenza di ogni variazione rispetto a quanto sopra dichiarato e documentato, ovvero di ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni e di dover interrompere immediatamente la fruizione nel caso in cui dovessero venir meno i presupposti di legge;
- m) di autorizzare il trattamento dei dati personali oggetto della richiesta del congedo straordinario e di essere a conoscenza che tutti i dati personali raccolti attraverso la compilazione della domanda di congedo retribuito, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla legge ed il trattamento avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti della Questura di Roma opportunamente incaricati ed istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti;
- n) di essere a conoscenza che l'amministrazione procederà alla verifica periodica o anche a campione delle dichiarazioni sostitutive, secondo le consuete modalità (artt.71 e 72 del d.p.r. 445/2000e s.m.i.) attraverso i propri servizi ispettivi o comunque su disposizioni impartite dall'ufficio preposto alla gestione del personale;
- o) di essere a conoscenza che, ove nell'ambito o a seguito degli accertamenti non venissero riscontrati i requisiti dichiarati ed emergessero gli estremi di una responsabilità per la dichiarazione resa, l'Amministrazione procederà alla tempestiva contestazione degli addebiti per lo svolgimento del relativo procedimento disciplinare e, se nel caso, alla comunicazione alle Autorità competenti delle ipotesi di reato. Inoltre, il beneficio in argomento verrà revocato e i giorni nel frattempo fruiti dovranno essere commutati in assenze ad altro titolo.

Roma, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

**Firma del richiedente.....**

**LEGENDA:****Gradi di parentela/affinità:**

La **parentela** è il vincolo tra le persone che discendono da uno stesso stipite, art.74 c.c.

L'**affinità** è il vincolo tra un coniuge e i parenti dell'altro coniuge, art.78 c.c.

PARENTI di PRIMO GRADO: genitori, figli

PARENTI di SECONDO GRADO: nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli dei figli)

PARENTI di TERZO GRADO: bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e/o sorelle), pronipoti in linea retta.

AFFINI di PRIMO GRADO: suocero/a, nuora, genero

AFFINI di SECONDO GRADO: cognati

AFFINI di TERZO GRADO: zii acquisiti, nipoti acquisiti.

**Concetto di mancanza:** sia INPS (circolare 155/2010) che DFP (circolare 13/2010) confermano che l'espressione "mancanti", va intesa "non solo come situazione di assenza naturale e giuridica (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto), ma deve ricomprendere anche ogni altra condizione ad essa giuridicamente assimilabile, continuativa e debitamente certificata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità, quale: divorzio, separazione legale o abbandono, scioglimento dell'unione civile,..."

**Patologie invalidanti,** come da indicazione circ. Dip. Funzione Pubblica n.13 del 6.12.2010 un utile punto di riferimento per l'individuazione di queste patologie è rappresentato dall'art.2 del decreto Interministeriale n.278 del 21.07.2000 **sono** le: **1)** patologie acute o croniche che determinano temporanea 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.

**Concetto di convivenza:** Il congedo straordinario è concesso se è rispettata la condizione della convivenza (fanno eccezione i genitori che assistono i figli) . **Il requisito della convivenza si intende soddisfatto quando sussiste la concomitanza della residenza anagrafica e della stabile convivenza, ossia della coabitazione continuativa con il familiare disabile.** La convivenza può ritenersi soddisfatta anche nel caso in cui sia stata instaurata successivamente alla richiesta del congedo, purché sia garantita la sussistenza della concomitanza suddetta e prima del suo inizio, venga data assicurazione scritta all'ufficio di appartenenza. Come precisato dal Ministero del lavoro, INPS e DFP può essere ammessa l'eccezione nel caso in cui la residenza del lavoratore e della persona disabile siano nello stesso stabile (appartamenti distinti nell'ambito dello stesso numero civico) ma non nello stesso interno. Sono, ad esempio, esclusi dall'eccezione i casi di lavoratori/disabili da assistere che vivano nello stesso stabile ma in due numeri civici adiacenti. A questo può essere aggiunta anche un'ulteriore eccezione: il requisito della convivenza è soddisfatto anche nei casi in cui sia attestata la dimora temporanea risultante dall'iscrizione nello schedario della popolazione temporanea previsto all'articolo 32 del DPR n. 223 del 1989 ("Regolamento anagrafico"). Questo aspetto merita un approfondimento: l'iscrizione a quello schedario è riservata ai cittadini che, essendo dimoranti abitualmente in un dato comune da non meno di 4 mesi non sono ancora in condizioni di stabilirvi la residenza. L'iscrizione avviene su domanda dell'interessato o d'ufficio qualora il comune venga a conoscenza della dimora nel proprio territorio. La permanenza non deve superare i 12 mesi, pertanto la durata reale dell'iscrizione è di 8 mesi e comporta la comunicazione all'anagrafe del comune originario di residenza. La presentazione dell'istanza non costituisce accettazione in quanto l'iscrizione avviene solo in seguito alla positiva conclusione dell'istruttoria e, trascorso un anno, il comune procederà all'eliminazione della scheda provvisoria.

**Unione civile:** ai sensi dell'art.2 della L. 20 maggio 2016 n.76, costituiscono un'unione civile due persone maggiorenni dello stesso sesso mediante dichiarazione di fronte all'ufficiale di stato civile ed alla presenza di due testimoni. L'art.1 comma 20 della medesima legge prevede espressamente: "Al fine di assicurare l'effettività della tutela dei diritti e il pieno adempimento degli obblighi derivanti dall'unione civile tra persone dello stesso sesso, le disposizioni che si riferiscono al matrimonio e le disposizioni contenenti le parole coniuge, coniugi o termini equivalenti, ovunque ricorrono nelle leggi, negli atti aventi forza di legge, nei regolamenti nonché negli atti amministrativi e nei contratti collettivi, si applicano anche ad ognuna delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso.";

**Convivenza di fatto:** ai sensi degli art. 1 commi 36 e 37 della L.20 maggio 2016 n.76, si intendono conviventi di fatto due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolante da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile. Fermo restando la sussistenza dei presupposti di cui al comma 36, per l'accertamento della stabile convivenza si fa riferimento alla dichiarazione anagrafica di cui all'art.4 e art 13 del comma 1 lett.b del D.P.R. n.223 del 30 maggio 1989;

**A CHI SPETTA:** I requisiti che danno diritto al congedo di cui al D.lgs 151/2001 modificato dall'art.4 punto 1 lett.b) 5 del D.lgs. n.119/2011 e s.m.i e dall'art.2 comma 4 lett. n) del D.lgs 30/03/2022, n.105, devono seguire il seguente ordine di priorità, che degrada solo in caso di mancanza, decesso, o in presenza di patologie invalidanti dei primi. Per cui il congedo spetta:

- Al coniuge convivente o alla parte di un'unione civile o al convivente di fatto di cui all'art.1, commi 20,36 e 37, legge 20 maggio 2016,n.76;
- Al padre o alla madre, anche adottivi o affidatari, della persona disabile in situazione di gravità, in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente del disabile o della parte dell'unione civile del disabile o del convivente di fatto del disabile;
- Ad uno dei figli conviventi della persona disabile in situazione di gravità, nel caso in cui il coniuge convivente, la parte di un'unione civile, il convivente di fatto ed entrambi i genitori del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
- Ad uno dei fratelli o sorelle conviventi della persona disabile in situazione di gravità, nel caso in cui il coniuge convivente, la parte di un'unione civile, il convivente di fatto, entrambi i genitori ed i figli conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
- Ad un parente/affine entro il terzo grado convivente della persona disabile in situazione di gravità, nel caso in cui il coniuge convivente, la parte di un'unione civile, il convivente di fatto, entrambi i genitori, i figli conviventi e fratelli/sorelle conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti.

**Quando il disabile in situazione di gravità è impossibilitato alla firma:** nel caso in cui il disabile in situazione di gravità sia impossibilitato a firmare e sia soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, le dichiarazioni devono essere sottoscritte rispettivamente dal tutore, dall'interessato con l'assistenza del curatore, o dall'amministratore di sostegno (si veda modello "L"). **La dichiarazione di chi si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute, è sostituita da quella resa dal coniuge o in sua assenza dai figli o in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, che si accerta dell'identità del dichiarante.** La dichiarazione di chi non sa o non può firmare, è accolta da un pubblico ufficiale, che deve accertare l'identità del dichiarante (si veda modello "I").

Roma, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

Firma del richiedente.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO DI NOTORIETA'**

( artt.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 )

lo sottoscritto/a..... nato/a a..... (....) il.....  
 in relazione alla domanda di **congedo per assistenza a persona con handicap**, presentata in data ....., ai  
 sensi dell'art.42 comma 5 del D.lgs.151/2001 e s.m.i., *consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni, di formazione e di uso di atti  
 falsi il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del  
 D.lgs 196/2003 e s.m.i.*

**DICHIARO**

- **di essere residente** in .....(....) via  
 .....n.....Sc..... Piano.... Int....e dimorante, (*da compilare solo nel caso sia  
 diversa dalla residenza anagrafica*) in.....  
 (....) via..... n.....p..... sc..... int.....
- di  **non essere**  **essere** stato **formalmente autorizzato** a dimorare in modo abituale e permanente nel rispetto  
 degli obblighi di servizio previsti dal combinato disposto degli art. 32 e 33 del d.p.r.782/85 (**n.b. da compilare  
 solo da coloro che dimorano fuori dal comune ove ha sede il proprio ufficio di appartenenza**) in  
 ..... (....) via .....n.....piano ..... scala .....  
 int..... con autorizzazione n..... rilasciata il..... da .....
- **di**  **non usufruire**  **usufruire** di alloggio collettivo presso  
 .....
- **che il congedo straordinario per assistenza a persona con handicap grave è richiesto per il/la:  
 Sig/ra**..... nato/a a ..... (....)  
 il..... **residente** in ..... (....) via..... n....  
 Sc.... Piano.... Int.... C.F. ...., dimorante temporaneamente (*da compilare solo nel  
 caso sia diversa dalla residenza anagrafica – si veda mod.O*) in ..... (....)  
 via..... n..... Sc..... Piano..... Int....., come da registrazione nello schedario della  
 popolazione temporanea nel predetto comune; data del provvedimento di adozione/affidamento .....  
 rilasciato dal tribunale di ..... provvedimento n..... data ingresso in  
 famiglia ..... **riconosciuto/a disabile in situazione di gravità**
- con verbale rilasciato da.....il..... validità ritenuta  non rivedibile  
 rivedibile in data.....
- con certificazione provvisoria rilasciata da ..... in data.  
 ..... (*N.B.: in tal caso allegare una dichiarazione liberatoria con la quale il dipendente si  
 impegna alla restituzione delle prestazioni ricevute che, a procedimento definitivamente concluso, risultassero indebite,  
 per effetto del mancato riconoscimento dell'handicap grave da parte della competente Commissione Medica*)
- con  sentenza  omologa rilasciata dal Tribunale di ..... in  
 data..... (*N.B: è necessario allegare le conclusioni della relazione del Consulente Tecnico d'Ufficio*)
- **di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:**
- coniuge  parte di un'unione civile  convivente di fatto **come da dichiarazione anagrafica effettuata in  
 data..... nel comune di**.....
- parente o affine di I grado (descrivere in modo analitico il legame di parentela/affinità)  
 .....
- parente o affine di II grado (descrivere in modo analitico il legame di parentela/affinità)  
 .....
- parente o affine di III grado (descrivere in modo analitico il legame di parentela/affinità)  
 .....

- **che la persona disabile in situazione di gravità è**  celibe/nubile  coniugato/a  unito/a civilmente  convivente di fatto  vedovo/a  coniuge mancante (*allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda*)  parte unita civilmente mancante (*allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda*)  convivente di fatto mancante (*allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda*)
- **che la persona disabile in situazione di gravità**  non è lavoratore  è lavoratore dipendente presso ..... posizione Inps n..... o altra posizione .....  lavoratore autonomo con sede ..... p.iva .....
- **che la persona disabile in situazione di gravità**  non è ricoverata  è ricoverata a tempo pieno. *In caso affermativo, indicare la denominazione e l'indirizzo della struttura, precisando e documentando quali siano le circostanze che giustificano la richiesta di assistenza al disabile nonostante sia ricoverato:* .....
- nell'ordine di priorità tra i famigliari, previsto dall'art.2, comma1, lett. "n", D.lgs.105/2022, è il beneficiario del congedo in esame in quanto:
  - il coniuge  la parte di un'unione civile  il convivente di fatto della persona assistita:  
 cognome..... nome ..... nato a..... (....) il ..... C. F..... residente in .....(....) via ..... n..... Sc..... P.... Int....., è  deceduto  mancante (motivo .....)  
 affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da .....
  - **che il padre della persona assistita**
    - cognome..... nome..... nato a..... (....) il ..... C.F..... residente in ..... (....) via..... n.... Sc..... P....Int.... che a tutt'oggi ha già fruito di complessivi gg..... di congedo per assistere il figlio disabile dal ..... al ..... dal ..... al ..... dal ..... al ..... (in caso negativo indicare zero) è  deceduto  mancante (motivo .....)  
 affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da .....
  - **che la madre della persona assistita**
    - cognome..... nome..... nato a..... (....) il ..... C.F..... residente in ..... (....) via..... n.... Sc..... P....Int.... che a tutt'oggi ha già fruito di complessivi gg..... di congedo per assistere il figlio disabile dal ..... al ..... dal ..... al ..... dal ..... al ..... (in caso negativo indicare zero) è  deceduto  mancante (motivo .....)  
 affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da .....
- **che la persona disabile assistita**  non ha  ha figli con lui/lei conviventi
- **che i figli conviventi della persona assistita**
  - cognome..... nome..... nato a..... (....) il ..... C.F..... residente in ..... (....) via..... n.... Sc..... P....Int.... è  deceduto  mancante (motivo .....)  
 affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da .....
  - cognome..... nome..... nato a..... (....) il ..... C.F..... residente in ..... (....) via..... n.... Sc..... P....Int.... è  deceduto  mancante (motivo .....)  
 affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da .....
- **che la persona disabile assistita**  non ha  ha fratelli/sorelle con lui/lei conviventi
- **che i fratelli/sorelleconviventi della persona assistita**
  - cognome..... nome..... nato a..... (....) il ..... C.F..... residente in ..... (....) via..... n.... Sc..... P....Int.... è  deceduto  mancante (motivo .....)  
 affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da .....

● cognome..... nome..... nato a .....  
 (... ) il ..... C.F..... residente in ..... (... )  
 via..... n..... Sc..... P.....Int..... è  deceduto  mancante (motivo .....)  
 affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da .....

- **che la persona assistita durante il periodo di congedo richiesto  non presterà  presterà attività lavorativa.**  
*In caso affermativo occorre rappresentare, con dichiarazione a parte, quali sono le esigenze che determinano la necessità di richiedere un periodo di congedo per assistere il disabile, evidenziando tra l'altro le motivazioni che non consentano di soddisfare le esigenze medesime al di fuori del proprio orario ordinario di servizio*

- **che altro familiare della persona assistita beneficia dei permessi L.104/92**

cognome..... nome..... nato a .....  
 (... ) il ..... C.F..... residente in ..... (... )  
 via..... n..... Sc..... P.....Int.....

- **di soddisfare il requisito della convivenza**, in quanto  non è residente  è residente  coabita in modo stabile e continuativo nella stessa abitazione della persona con handicap sopra indicata  instaurerà l'effettiva coabitazione e residenza - entro l'inizio del congedo richiesto mantenendola per tutta la sua durata, essendo consapevole di dover dare al proprio ufficio,assicurazione con successiva dichiarazione entro l'inizio della fruizione;

- che per la stessa persona assistita altri familiari (indicare anche il datore di lavoro):  
 .....  
 .....  
 .....

nell'arco della vita lavorativa hanno già usufruito di complessivi n. .... giorni del congedo in esame dal ..... al ..... dal ..... al ..... dal ..... al ..... (in caso negativo indicare zero)

- che **il sottoscritto** nell'arco della vita lavorativa a tutt'oggi ha già fruito di ulteriori complessivi gg..... di analogo congedo per assistere **la stessa persona con handicap** dal ..... al ..... dal ..... al ..... dal ..... al ..... (in caso negativo indicare zero)

- che **il sottoscritto** nell'arco della vita lavorativa a tutt'oggi ha già fruito di analogo congedo per assistere **altre persone disabili** per complessivi gg..... dal ..... al ..... dal ..... al ..... dal ..... al ..... (in caso negativo indicare zero)

- che **il sottoscritto** nell'arco della vita lavorativa a tutt'oggi ha già fruito del congedo straordinario **non retribuito** "per gravi e documentati motivi famigliari" (art.4 co.2, L.53/2000) per complessivi gg..... dal ..... al ..... dal ..... al .....

Altre notizie: .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Roma, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Firma del richiedente.....

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO DI APPARTENENZA**

Si attesta l'autenticità della firma, apposta in mia presenza dal dipendente:

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000)  
 \_\_\_\_\_  
 Timbro e firma del funzionario addetto

La presente può essere sottoscritta in presenza del funzionario dell'ufficio o, in alternativa, corredata da una copia di valido documento di riconoscimento dell'interessato - art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO DI NOTORIETA'****redatta dalla persona disabile in situazione di gravità**

( artt.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 )

Io sottoscritto/a..... nato/a a..... (....) il.....  
 C.F. ...., consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni, di formazione e di uso di atti falsi il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati nel rispetto del D.lgs 196/2003 e s.m.i.

**DICHIARO**

- **di essere** residente in ..... (....) via ..... n..... Sc..... Piano....  
 Int.... dimorante temporaneamente (da compilare solo nel caso sia diversa dalla residenza anagrafica – si veda mod.C) in ..... (....) via..... n..... Sc..... Piano..... Int....., come da registrazione nello schedario della popolazione temporanea nel predetto comune
- **di essere**  celibe/nubile  coniugato/a  unito/a civilmente  convivente di fatto  vedovo/a  coniuge mancante  parte unita civilmente mancante (allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda)
- **di essere** stato/a riconosciuto/a persona disabile in situazione di handicap ai sensi dell'art. 33,  **comma 3 legge 104/92 e s.m.i.**, con verbale rilasciato da ..... in data ..... il cui giudizio è stato ritenuto  non rivedibile  rivedibile il .....
- **di voler essere assistito/a, dal familiare da me prescelto** (per l'assistenza ai fini dei benefici della L.104/92 ):  
 Sig/ra..... nato/a a..... (....) il.....,  coniuge,  
 parte unita civilmente  convivente di fatto  parente/affine di ..... grado..... (indicare il tipo di parentela/affinità es. padre, suocero, fratello, zio, ecc) del/la sottoscritto/a, con il/la quale  **non convivente**  **convivente** in modo stabile ed effettivo, ai fini del/i seguente/i beneficio/i chiesto/i dal familiare medesimo:  
 **congedo biennale retribuito per assistenza a persona disabile con handicap grave**, art.42 comma 5 del D.lgs.151/2001 e s.m.i,  
 dal ..... al ....., dal .....
- **di**  non essere ricoverato a tempo pieno  essere ricoverato a tempo pieno. In caso affermativo occorre indicare la denominazione e l'indirizzo della struttura: .....
- **di**  non prestare attività lavorativa  prestare attività lavorativa presso: .....
- che nell'ambito degli aventi diritto, nessun altro familiare fruisce dello/gli stesso/i beneficio/i (ad eccezione dei genitori che possono fruirne alternativamente per prestare assistenza al figlio)
- che precedentemente altro/i familiare/i Sig/ra..... ha/hanno beneficiato del congedo biennale retribuito per assistere il sottoscritto per complessivi gg. .... dal ..... al ..... dal ....., al ..... dal ..... al ..... dal ....., al ..... dal ..... al ..... dal ..... (in caso negativo indicare zero)

Altre notizie.....  
 .....

Roma, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

**Firma del dichiarante**.....

La presente può essere sottoscritta in presenza del funzionario dell'ufficio o, in alternativa, può essere spedita per posta o fax, corredata da una copia di valido documento di riconoscimento dell'interessato - art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000

**Dichiarazione del familiare del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute-art.4 D.P.R. 445/2000 s.m.i. (si veda modello "C")**

Io sottoscritto..... nato a ..... il..... ho prestato la suddetta dichiarazione in qualità di (grado di parentela) ..... del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Roma, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

**Firma del familiare**.....**SPAZIO RISERVATO AL PUBBLICO UFFICIALE****Dichiarazione del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute - art.4 D.P.R. 445/2000 s.m.i.**

Attesto che la suddetta dichiarazione è stata resa dal/la Sig/ra..... identificato/a a mezzo documento di riconoscimento n. .... emesso da ..... il..... il/la quale ha altresì dichiarato di essere (grado di parentela)..... del **disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.**

Roma, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

**Timbro e firma dell'addetto****Dichiarazione del disabile che non sa o non può firmare- art.4 D.P.R. 445/2000 s.m.i.**

Attesto che la suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato/a a mezzo documento di riconoscimento n. .... emesso da ..... il..... il quale mi ha altresì dichiarato  che non sa firmare  che non può firmare a causa di un impedimento.

Roma, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

**Timbro e firma dell'addetto**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**redatta dal tutore/curatore/amministratore di sostegno del disabile in situazione di gravità**  
 ( artt.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 )

Io sottoscritto/a..... nato/a a ..... (.....) il .....  
 C.F. ...., residente in ..... (.....) via ..... n.....Sc..... Piano....  
 Int....., nella sua qualità di  **tutore**  **curatore**  **amministratore di sostegno** della persona con handicap grave Sig/ra  
 Cognome ..... nome ..... nato il ..... a ..... C.F.....  
 come da provvedimento n..... rilasciato da ..... il .....,  
*consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni, di formazione e di uso di atti falsi il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati nel rispetto del D.lgs 196/2003 e s.m.i.*

**DICHIARO**

**che la persona con handicap grave** Cognome ..... nome..... nato il.....  
 - è residente in ..... (.....) via ..... n.....Sc..... Piano.... Int....  
 - è  celibe/nubile  coniugato/a  unito/a civilmente  convivente di fatto  vedovo/a  coniuge mancante  parte unita civilmente mancante (*allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda*)  
 - **è assistito/a dal familiare** (*per l'assistenza ai fini dei benefici della L.104/92*), Sig/ra..... nato/a a..... (.....) il.....,  coniuge,  parte unita civilmente,  convivente di fatto  parente/affine di ..... grado..... (*indicare il tipo di parentela/affinità es. padre, suocero, fratello, zio, ecc*)della persona con handicap, con il/la quale  **non convive**  **convive** in modo stabile ed effettivo, **ai fini del/i seguente/i beneficio/i** richiesto dal familiare medesimo:  
 **congedo biennale retribuito per assistenza a persona disabile con handicap grave**, art.42 comma 5 del D.lgs.151/2001 e s.m.i, dal ..... al ....., dal ..... al ....., dal ..... al ....., dal ..... al .....;  
 - è stato/a riconosciuto/a persona disabile in situazione di handicap ai sensi dell'art. 33,  **comma 3 legge 104/92 e s.m.i.**, con verbale rilasciato da ..... in data ..... il cui giudizio è stato ritenuto  non rivedibile  rivedibile il .....  
 -  non è ricoverato a tempo pieno  è ricoverato a tempo pieno. In caso affermativo occorre indicare la denominazione e l'indirizzo della struttura: .....  
 -  non presta attività lavorativa  presta attività lavorativa presso: .....

**Inoltre, dichiaro:**

- che nell'ambito degli aventi diritto, nessun altro familiare fruisce dello/gli stesso/i beneficio/i per la stessa persona con handicap (*ad eccezione dei genitori che possono fruirne alternativamente per prestare assistenza al figlio*)  
 -  che precedentemente altro/i familiare/i ..... ha/hanno beneficiato del congedo biennale retribuito per assistere la stessa persona con handicap per complessivi gg. .... dal ..... al ..... (*in caso negativo indicare zero*)

Roma, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

**Firma del dichiarante**

La presente può essere sottoscritta in presenza del funzionario dell'ufficio o, in alternativa, può essere spedita per posta, corredata da una copia di valido documento di riconoscimento dell'interessato - art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000

**Documentazione allegata:**

1) copia del decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno;

2) altro: .....