

QUADRO D

DICHIARAZIONE DEL GENITORE O AFFIDATARIO RICHIEDENTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta indicata nella prima pagina
 - matricola INPS della Ditta (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) _____
 - settore di appartenenza (*industria, artigianato, terziario, servizi, agricoltura, ecc.*) _____
 - qualifica (*impiegato, operaio, ecc.*) _____
 con contratto a tempo indeterminato a tempo determinato con scadenza il _____ a part time verticale (periodi di prevista attività di lavoro: _____)

 - di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
 - dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
 - dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
 - presso la Ditta/Ente _____, via _____ n. _____
 - città _____ matricola aziendale n. _____
 - di aver già fruito di congedi straordinari **NON** retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari"(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)
 - dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
 - dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
 - presso la Ditta/Ente _____, via _____ n. _____
 - città _____ matricola aziendale n. _____
 - di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati al quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone con handicap
 - di essere convivente con il/la figlio/a (o la persona in affidamento) handicappato/a maggiorenne
 - di non essere convivente con il/la figlio/a (o la persona in affidamento) handicappato/a maggiorenne (1), ma di svolgere con continuità l'assistenza allo/a stesso/a per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli/le assistenza (2)
 - che l'altro genitore o affidatario non è vivente e ha fruito di n. giorni di congedo straordinario retribuito per lo stesso/a handicappato/a
- (1) La convivenza non è necessaria se il/la figlio/a (o affidato/a) handicappato/a è minorenni.
 (2) In tal caso allegare stato di famiglia dell'handicappato o dichiarazione sostitutiva. Se altre persone convivono con il/la figlio/a (o affidato/a) handicappato/a maggiorenne deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestargli assistenza ovvero la loro eventuale qualità di lavoratori (**vedi avvertenze**)

QUADRO E

DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

(in caso di affidamento non preadottivo allegare dichiarazione con dati anagrafici e relazione parentela degli affidatari)

| | | | |
|---------------------|-----------|----------------------|-----------------|
| | | nat_ il | |
| COGNOME | NOME | | GIORN MESE ANNO |
| | | | |
| A COMUNE DI NASCITA | PROVINCIA | CODICE FISCALE | |
| residente a | | | |
| COMUNE DI RESIDENZA | | FRAZIONE / LOCALITA' | |
| Via | | n. | |
| | | Tel. | |

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

- di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo
- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta/Ente _____
 - indirizzo della Ditta/Ente _____
 - matricola INPS della Ditta (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) _____
 - settore di appartenenza (*industria, artigianato, terziario, servizi, agricoltura, ecc.*) _____
 - qualifica (*impiegato, operaio, ecc.*) _____
- di non aver chiesto, per lo stesso soggetto handicappato, nei periodi indicati al quadro C, congedi straordinari retribuiti, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi.
- di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
 - dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
 - dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
 - presso la Ditta/Ente _____, via _____ n. _____
 - città _____ matricola aziendale n. _____

segue **QUADRO E**segue **DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO**

- di aver già fruito di congedi straordinari **NON** retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari"(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)
 dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
 dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
- presso la Ditta/Ente _____, via _____ n. _____
 città _____ matricola aziendale n. _____
- di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati al quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone con handicap, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi.

QUADRO F**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA***(da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex lege 104/92)*

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
- Stato di famiglia dell'handicappato (in caso di non convivenza)
- Copia del provvedimento di adozione o di affidamento (in caso di adozione o di affidamento, preadottivo o non preadottivo)
- Altro (indicare) _____

QUADRO G**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

I sottoscritti, consapevoli delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiarano, ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano, che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

Dichiarano inoltre che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti in alternativa all'altro genitore o affidatario e per la durata complessiva tra tutti e due i genitori o tra tutti gli affidatari non superiore a due anni, nell'arco della vita lavorativa, tenendo conto, comunque, che i periodi suddetti rientrano nel limite massimo complessivo di due anni di permesso "per gravi e documentati motivi familiari", per i quali l'interessato non ha diritto a retribuzione, riconoscibili a ciascun lavoratore(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000).

Si impegnano a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare:

- 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
- le modifiche ai periodi di congedo richiesti *(sulla domanda di modifica dovrà essere evidenziato "La presente sostituisce e annulla quella presentata il")*
- periodi richiesti successivamente *(vale solo per l'altro genitore o affidatario)*

Il/la richiedente si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda, timbrata per ricevuta dall'INPS.

I sottoscritti autorizzano l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale al trattamento dei propri dati personali sensibili per finalità strettamente connesse con l'esecuzione dell'art. 42 del T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001- e della legge n. 104/1992.

Firma _____
 DEL/ DELLA RICHIEDENTE

 DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

Data _____

