

**ISTANZA E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIEA'
PER ASSISTERE IL FIGLIO / FIGLIA ANCHE NON CONVIVENTE**

Il/la sottoscritto/a

(nome e cognome)

nato/a a provincia il

(luogo e data di nascita)

in servizio presso

(denominazione dell'ente e sede di servizio)

CHIEDE

un congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5, d.lgs.151/2001, dal al

per assistere il **FIGLIO / la FIGLIA** nato/a il

(nome e cognome)

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art.76, DPR n. 445/2000, e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 citato DPR emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici conseguiti,

DICHIARA

(barrare le caselle che interessano)

Che il familiare da assistere è nelle condizioni previste dall'art. 3, comma 3, legge 104/1992 come da **allegati**

Che il/la sottoscritto/a è *(barrare la casella)* celibe/nubile coniugato/a divorziato/a vedovo/a

Che il familiare da assistere è *(barrare la casella)* celibe/nubile coniugato/a divorziato/a vedovo/a

Che all'anagrafe del Comune di residenza comune provincia

è registrato il seguente stato di famiglia del/della sottoscritto/a

cognome	nome	data di nascita	relazione	codice fiscale
			DICHIARANTE	

Che il familiare da assistere **NON** è ricoverato a tempo pieno

Che il familiare da assistere è ricoverato a tempo pieno e necessita di specifica assistenza come da **allegati**

Che il congedo è fruito alternativamente con l'altro genitore avente titolo:

cognome	nome	data di nascita
---------	------	-----------------

Che l'assistito **NON** è lavoratore dipendente

Che l'assistito è lavoratore dipendente e che durante il periodo dell'assistenza non presta attività lavorativa

(Compilare solo se l'assistito è coniugato) Che tra i soggetti legittimati, in ordine di priorità il/la sottoscritto/a è l'unico familiare – in qualità di GENITORE – in grado di prestare assistenza in quanto il **coniuge** dell'assistito:

cognome	nome	data di nascita
---------	------	-----------------

è mancante per i seguenti motivi:

è deceduto in data

è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza

ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, a una delle situazioni previste dall'art. 2, co.1, lett. d), numeri 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21.07.2000 reperibile su www.normattiva.it) Si **allega** certificazione medica in tal senso.

Si **allega** la documentazione come da elenco contenuto nel **modello G**.

Data, _____

Firma _____

VISTO: Il Dirigente _____

La presente può essere inviata anche in fax o e-mail con **allegata** fotocopia del documento di identità di chi la sottoscrive. I dati sono trattati ai sensi del d.lgs. n.196/2003 e acquisiti solo per l'eventuale accoglimento dell'istanza e per la trasmissione dei dati ai sensi dell'art.24 della legge n°183/2010; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.