

**DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FIGLI CON HANDICAP GRAVE**  
(Legge 388/2000, art.80, comma 2 e legge 53/2000, art. 4, commi 2 e 4 bis - Legge 350/2003 art. 3  
- comma 106)

<b>QUADRO A</b>	<b>GENITORE RICHIEDENTE</b>
Cognome _____ Nome _____	
nato il __/__/__ a _____ Prov. _____ C.F. _____	
residente a _____ via _____ n. _____	
Telefono _____	

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE**

**di fruire del congedo straordinario** spettante ai genitori di soggetti portatori di handicap grave **accertato** e della relativa indennità spettante in base alla Legge 388/2000.

<b>QUADRO B</b>	<b>DATI DEL FIGLIO CON HANDICAP GRAVE</b>
Cognome _____ Nome _____	
nato il __/__/__ a _____ Prov. _____ C.F. _____	
residente a _____ via _____ n. _____	
Telefono _____	
<input type="checkbox"/> figlio naturale	
<input type="checkbox"/> figlio adottato ( data provvedimento di adozione)	
<input type="checkbox"/> portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____	
<input type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati	
<input type="checkbox"/> non impegnato in attività lavorativa	



Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato il \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

**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  
P.IVA o Codice Fiscale)  
Settore di appartenenza (industria, artigianato, terziario, servizi, 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 \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

presso la Ditta /Ente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Matricola aziendale n. \_\_\_\_\_

di aver già fruito di congedi straordinari **NON** retribuiti, per lo stesso soggetto

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

presso la Ditta /Ente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

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 permessi ex legge 104/92)

- Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
- Altro (indicare) \_\_\_\_\_
- In caso di adozione: copia del provvedimento di adozione

**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 e per la durata complessiva tra tutti e due i genitori 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 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
- periodi richiesti successivamente (vale solo per l'altro genitore)

FIRMA \_\_\_\_\_

del/della dichiarante

\_\_\_\_\_

dell'altro genitore

Data \_\_\_\_\_