



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI BARI  
ALDO MORO**

AL DIRETTORE GENERALE  
DIREZIONE RISORSE UMANE  
SEZIONE PERSONALE T-A  
U.O. RILEVAZIONE E MONITORAGGIO ORARIO DI LAVORO

Io sottoscritto/a  
in servizio presso  
Sezione/Coord.  
U.O.

\_\_\_\_\_ **MATRICOLA** residente a

\_\_\_\_\_ **C.A.P.**  
*c h i e d e*

di fruire del **CONGEDO STRAORDINARIO (codice 46)** spettante ai sensi del D.Lgs. n. 151/2001, Art. 42, c. 5 per il

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
soggetto disabile in condizioni di gravità per i seguenti periodi  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg

A tal fine, **dichiara:** (*barrare le caselle che interessano*)

- di essere **convivente** con il disabile in condizione di disabilità grave;

che il coniuge/parte dell'unione civile/i genitori/i figli/i fratelli e le sorelle/ Parente entro il III°/ Affine entro il III° dell'assistito non hanno mai usufruito di congedo straordinario per lo stesso soggetto disabile in condizioni gravità;

*ovvero*

che il coniuge/parte dell'unione civile/i genitori/i figli/i fratelli e le sorelle/ Parente entro il III°/ Affine entro il III° dell'assistito hanno usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per lo stesso soggetto disabile in condizioni gravità;

- di aver usufruito di \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario retribuito e non retribuito (ex. Art.4, c.2, L. n.53/2000) per lo stesso soggetto disabile in condizioni gravità presso l'Azienda/Ente:

*ovvero*

- di non aver **mai** usufruito di congedo straordinario retribuito e non retribuito (ex art.4, c.2, L. n.53/2000) per lo stesso lo stesso soggetto disabile in condizioni gravità;

**ASSISTITO**  
(*da compilare solo se maggiorenne*)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**dichiaro:**

- di essere **convivente** del/della richiedente \_\_\_\_\_;
- di non essere ricoverato/a a tempo pieno;
- di non essere impegnato/a in attività lavorativa;
- di essere assistito/a con sistematicità ed adeguatezza dal/lla richiedente;

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ**

I sottoscritti ("richiedente" e "assistito"), consapevoli delle responsabilità amministrative, civili e penali previste in caso di dichiarazioni false o fraudolente, **dichiarano, ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano**, che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero e si impegnano a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, comprese le eventuali future richieste di congedo straordinario retribuito di "altri figli conviventi, il coniuge e/o i fratelli del genitore", 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.

I sottoscritti autorizzano l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro al trattamento dei propri dati personali per finalità strettamente connesse con la trattazione della presente domanda.

Data e firma del/della richiedente \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito \_\_\_\_\_

**Le presenti dichiarazioni devono essere inoltrate unitamente alla fotocopia di un documento d'identità**

**PER PRESA VISIONE IL RESPONSABILE DI STRUTTURA** \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa disponibile all'indirizzo: <https://www.uniba.it/ateneo/privacy/informative/personale>

**(SPAZIO RISERVATO AL PROTOCOLLO)**

## **AVVERTENZE**

### **PERIODI DI CONGEDO**

Due anni complessivamente tra gli aventi diritto nell'arco della vita lavorativa che rientrano, comunque, nel limite massimo globale di due anni di permesso non retribuito per gravi e documentati motivi familiari, spettante a ciascun lavoratore ai sensi dell'art. 4, comma 2, della legge 53/2000.

In caso di rapporto di lavoro **part time verticale**, i congedi non spettano durante i periodi di prevista pausa contrattuale.

### **CONVIVENZA**

Per poter fruire del congedo è necessario che il lavoratore (coniuge, figlio, fratello, sorella, parente o affine entro il III°) e l'assistito siano conviventi. Per convivenza si deve fare riferimento, in via esclusiva, alla **residenza**, luogo in cui la persona ha la dimora abituale, ai sensi dell'art. 43 cod. civ., o ad un domicilio temporaneo che deve risultare dallo schedario della popolazione temporanea del Comune.

La dimora temporanea, non può essere richiesta se si ha la residenza nello stesso Comune con il disabile poichè non si può chiedere l'iscrizione nell'anagrafe temporanea del Comune se si è già iscritti come residenti nello stesso Comune.

Per l'accertamento del requisito della "convivenza", si ritiene condizione sufficiente anche la residenza nel medesimo stabile, stesso numero civico, anche se non nello stesso interno (appartamento).

Tale requisito non deve ricorrere nel caso in cui il lavoratore sia il "genitore" del disabile in condizione di gravità.

### **INCOMPATIBILITA'**

Nello stesso mese di congedo il lavoratore può fruire dei permessi giornalieri di cui all'art.33 della L. 104/1992 e s.m.i.

Nei giorni di congedo straordinario richiesto per un figlio disabile in condizione di gravità, l'altro genitore può fruire dei permessi giornalieri per l'assistenza ai disabili ex art. 33, L. 104/92.

### **FRAZIONABILITA'**

I periodi di congedo possono essere fruiti in modo frazionato. Tra un periodo e l'altro è necessaria l'effettiva ripresa del lavoro.

### **DOCUMENTAZIONE**

Certificazione relativa alla gravità dell'handicap (anche in copia dichiarata autentica), rilasciata dalla Commissione della competente ASL, solo qualora l'Amministrazione non ne sia già in possesso avendo il lavoratore già consegnato la pratica di accesso ai benefici della L. 104/1992 e s.m.i..