



Direzione Risorse Umane e Organizzazione

Domanda di congedo straordinario per il fratello e la sorella con disabilità grave

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità – decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge 350/2003)

Per ottenere il congedo straordinario, oltre a possedere i requisiti di legge, è necessario compilare il modulo in ogni sua parte. Il modulo deve essere presentato alla Direzione Risorse Umane e Organizzazione.

Requisiti del familiare da assistere

I fratelli e le sorelle da assistere devono essere nella condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3, legge 104/1992) o di Grande Invalido di guerra o equiparato.

- La condizione di disabilità grave deve essere accertata dalla competente Commissione ASL o, nell'attesa della decisione, dal medico specialista ASL. La sindrome di Down può essere accertata anche dal medico di base che rilascerà la relativa certificazione su presentazione del "cariotipo". La documentazione, rilasciata dalla Commissione ASL o dal medico di base, deve essere allegata al modulo.
- La condizione di grande invalido di guerra o equiparato può risultare anche dal decreto di concessione rilasciato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, in cui deve essere oscurata la parte relativa alla diagnosi, o dalla copia dell'attestato di pensione.

I fratelli e le sorelle da assistere, inoltre, non devono essere ricoverati a tempo pieno e non devono svolgere attività lavorativa.

A chi spetta

Il congedo straordinario spetta ai fratelli e alle sorelle per l'assistenza ai familiari con disabilità grave. Devono essere inquadrati come lavoratori dipendenti e convivere con il disabile.

Hanno diritto al congedo solo in caso di morte di entrambi i genitori o di loro totale inabilità o inabilità dell'unico genitore vivente.

È inoltre necessario che si verifichi una delle seguenti condizioni:

- il fratello/sorella non è coniugato o non convive con il coniuge;
- il fratello/sorella è coniugato ed il coniuge convivente non presta attività lavorativa o è lavoratore autonomo;
- il fratello/sorella è coniugato ed il coniuge convivente ha espressamente rinunciato a usufruire della prestazione nello stesso periodo del richiedente.

Cosa spetta

Nei periodi di congedo spetta un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione percepita; il periodo di congedo è coperto da una contribuzione figurativa accreditata d'ufficio. L'indennità spetta fino ad un importo massimo di 41.934,23 euro riferito all'anno 2008 e rivalutabile periodicamente, comprensivo della contribuzione figurativa.

Se il congedo è richiesto per periodi frazionati, l'indennità e il contributo figurativo vengono rapportati ai mesi e giorni in misura proporzionale.

Dati, informazioni e dichiarazioni indispensabili:

- dati anagrafici del richiedente;
- dati anagrafici del disabile;
- rapporto di lavoro in corso;
- non ricovero a tempo pieno;
- convivenza con il disabile.

Documenti da allegare

- Per la disabilità grave deve essere allegata la documentazione rilasciata dalla Commissione ASL (anche in copia dichiarata autentica) o dal medico di base per la sindrome di Down
- Per i Grandi Invalidi di guerra e equiparati deve essere allegata copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze



Direzione Risorse Umane e Organizzazione

Questi documenti sono da allegare solo se non sono già in possesso dell'Università degli Studi di Trento.

Decorrenza/durata/frazionabilità del congedo

Il congedo può essere richiesto solo per periodi successivi alla presentazione della domanda.

Il lavoratore ha diritto a usufruire del congedo entro sessanta giorni dalla richiesta e i periodi spettano per un periodo massimo complessivo di due anni (tra tutti gli aventi diritto) per ogni familiare disabile assistito e nel limite di due anni per ogni singolo lavoratore dipendente. In caso di lavoro part-time verticale non è possibile usufruire del congedo durante le pause contrattuali (giornate in cui il contratto part-time non prevede l'attività lavorativa). I periodi di congedo possono essere fruiti in modo frazionato. Se non c'è ripresa di lavoro tra un periodo e l'altro di congedo, i giorni non lavorativi (sabato, domenica e festivi) compresi tra i due periodi saranno conteggiati come congedo straordinario.

Comunicazioni di variazioni

È obbligatorio che il richiedente comunichi tempestivamente (entro 30 giorni) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate in questo modulo e in particolare:

- il ricovero a tempo pieno della persona in condizione di handicap grave;
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave;
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso dovrà essere presentata domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza);
- il decesso del disabile.

Incompatibilità

Durante il periodo di congedo straordinario gli altri familiari non possono usufruire dei permessi orari e giornalieri (art. 33 legge 104/1992 e articolo 42 Decreto Legislativo 151/2001) per l'assistenza della persona con disabilità.



Direzione Risorse Umane e Organizzazione

Spett.le Università degli Studi di Trento
Direzione Risorse Umane e Organizzazione
Via Verdi, 6
38100 Trento

Oggetto: **Domanda di congedo straordinario per il fratello e la sorella con disabilità grave**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
dipendente dell'Università degli Studi di Trento dal _____ inquadrato/a nella categoria _____
classe economica _____ in servizio presso _____

Chiede

di usufruire del congedo straordinario spettante ai fratelli o sorelle di persona in condizione di handicap grave e della relativa indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità – Decreto Legislativo 151/2001) per i seguenti periodi:

- o Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
- o Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
- o Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____

per assistere il/la fratello/sorella sig./ra _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1 Legge 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____

Dichiara (barrare le caselle interessate)

- Di essere convivente con il/la fratello/sorella in condizione di disabilità grave
 - Che il fratello/sorella non è coniugato/a o non convive con il coniuge
 - Che il coniuge del fratello/sorella non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
 - Che il coniuge del fratello/sorella non ha mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona
- oppure*
- Che il coniuge del fratello/sorella ha usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in situazione di disabilità grave
 - Che il coniuge del fratello/sorella non ha chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati congedi straordinari e non intende richiederli negli stessi periodi
 - Che i propri genitori sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)
- oppure*



Direzione Risorse Umane e Organizzazione

- Che l'unico genitore vivente è totalmente inabile (allegare certificazione)
- Che i propri genitori deceduti o totalmente inabili e altri fratelli/sorelle (anche se deceduti/e) non hanno mai usufruito per l'assistenza al disabile di giorni di congedo straordinario retribuito
oppure
- Che i propri genitori deceduti o totalmente inabili e altri fratelli/sorelle (anche se deceduti/e) hanno usufruito complessivamente per l'assistenza al disabile di n. _____ giorni di congedo straordinario retribuito
- Di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
 - Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
 - Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
 - Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
- Di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti per gravi e documentati motivi famigliari (art. 4 comma 2 Legge 53/2000; art. 32 CCNL comparto Università 16.10.2008)
 - Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
 - Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
 - Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
- Di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento (*dichiarazione obbligatoria*)
- Di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, possa subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti (*dichiarazione obbligatoria*)
- Che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false. (*dichiarazione obbligatoria*)

Documentazione allegata (da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi Legge 104/1992)

- Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
- Altro (specificare) _____

Data _____

Firma _____