

**REGOLAMENTO AZIENDALE IN MATERIA DI
AGEVOLAZIONI A FAVORE DEI DIPENDENTI PORTATORI DI
HANDICAP O CHE ASSISTONO FAMILIARI AFFETTI DA
HANDICAP AI SENSI DELLA LEGGE N. 104 DEL 5 FEBBRAIO
1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI**

(Revisione novembre 2007)

Principi generali

L'art.33 della Legge n.104 del 05/02/1992, con le successive modifiche ed integrazioni, ha introdotto alcuni benefici a favore dei lavoratori portatori di handicap grave e a favore dei lavoratori che assistono persone affette da handicap grave.

È portatore di handicap grave la persona a cui sia stato riconosciuto tale stato dalla competente Commissione medico-legale dell'ASL, ai sensi dell'art.3 c.3 L.104/92.

Le condizioni di gravità sussistono "qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione".

Gli accertamenti sono effettuati, dietro presentazione di apposita domanda, dall'Azienda Sanitaria Locale determinata dalla residenza del portatore di handicap, mediante apposita Commissione medico-legale.

La Commissione medico-legale dell'ASL è tenuta, ai sensi dell'art.2 c.3 L.423/93, a pronunciarsi in merito agli accertamenti di competenza entro 180 giorni dalla data di presentazione della domanda.

Qualora non si pronunci entro i primi 90 giorni, ai sensi dell'art.2 c.2 L.423/93, gli accertamenti sono effettuati, in via provvisoria, ai soli fini previsti dall'art.33 della L.104/92, da un medico specialista ASL della patologia denunciata.

ART.1

Soggetti destinatari dei benefici di legge

Destinatari dei benefici previsti dalla L.104/92, come successivamente modificata ed integrata, sono:

- Dipendenti portatori di handicap grave
- Dipendenti che siano genitori naturali o adottivi di figli con handicap grave
- Dipendenti che assistano parenti o affini entro il 3° grado (i gradi di parentela e affinità sono computati ai sensi degli artt.76 e 78 del Codice Civile), coniugi, conviventi, affetti da handicap grave.

I benefici spettano ai dipendenti con rapporto di lavoro sia a tempo indeterminato, sia a tempo determinato.

ART.2

Benefici di legge

I benefici che la legge prevede a favore dei soggetti indicati nell'art.1, come meglio specificati nell'art.3, sono:

- 3 giorni di permesso retribuito mensile, fruibili singolarmente o in maniera continuativa, frazionabili anche ad ore (concedibili per un minimo di un'ora e per un massimo di ore calcolato in proporzione ai periodi di lavoro effettivamente prestati nell'arco del mese);

Tali giornate sono utili ai fini della tredicesima mensilità e non riducono le ferie.

- 2 ore di permesso retribuito per ogni turno lavorativo di almeno 6 ore, pari a 1 ora per i turni lavorativi inferiori alle 6 ore;
- Prolungamento del congedo parentale sino al compimento del 3° anno d'età;
- Prolungamento dei riposi giornalieri per allattamento sino al 3° anno d'età, pari a 2 ore di permesso retribuito per ogni turno lavorativo di almeno 6 ore, ridotto a 1 ora per i turni lavorativi inferiori alle 6 ore

La fruizione parziale dei giorni di permesso, o delle ore previste in alternativa, non dà diritto al godimento del residuo nel mese successivo.

ART.3

Benefici di legge a favore dei dipendenti portatori di handicap grave

I dipendenti portatori di handicap grave hanno diritto a :

- 3 giorni di permesso retribuito mensile fruibili singolarmente o in maniera continuativa, frazionabili anche ad ore (concedibili per un minimo di un'ora e per un massimo di ore calcolato in proporzione ai periodi di lavoro effettivamente prestati nell'arco del mese).

Oppure

- 2 ore di permesso retribuito per ogni turno lavorativo di almeno 6 ore, pari a 1 ora per i turni lavorativi inferiori alle 6 ore

A richiesta il dipendente può usufruire alternativamente, mese con mese, di uno o dell'altro beneficio. La fruizione delle due modalità di beneficio nell'arco dello stesso mese è prevista solo nel caso di esigenze improvvise opportunamente documentate.

ART.4

Benefici di legge a favore dei dipendenti genitori di figli con handicap grave fino a 3 anni di età

I dipendenti genitori naturali o adottivi di figli con handicap grave (fino a 3 anni d'età) hanno diritto a:

- Prolungamento del congedo parentale sino al compimento del 3° anno d'età

Oppure

- Prolungamento dei riposi giornalieri per allattamento sino al 3° anno d'età, pari a 2 ore di permesso retribuito per ogni turno lavorativo di almeno 6 ore, ridotto a 1 ora di permesso per i turni lavorativi inferiori alle 6 ore

ART.5

Benefici di legge a favore dei dipendenti genitori di figli con handicap grave dai 3 ai 18 anni di età

I dipendenti genitori naturali o adottivi di figli con handicap grave (dai 3 ai 18 anni d'età) hanno diritto a:

- 3 giorni di permesso retribuito mensile fruibili singolarmente o in maniera continuativa, frazionabili anche ad ore (concedibili per un minimo di un'ora e per un massimo di ore calcolato in proporzione ai periodi di lavoro dovuto nell'arco del mese).

Se richieste contemporaneamente dai genitori, le giornate possono anche coincidere, ma non possono comunque superare il numero di 3 tra i due genitori per lo stesso soggetto.

I benefici spettano anche nel caso in cui il genitore non sia convivente, e anche se l'altro genitore è soggetto non avente diritto perché non lavoratore o lavoratore autonomo.

ART.6

Benefici di legge a favore dei dipendenti che assistono figli maggiorenni, parenti o affini entro il 3° grado, coniugi o conviventi con handicap grave

I dipendenti che assistono:

- figli maggiorenni affetti da handicap grave
- parenti o affini entro il 3° grado affetti da handicap grave
- coniugi/conviventi affetti da handicap grave

hanno diritto a:

- 3 giorni di permesso retribuito mensile fruibili singolarmente o in maniera continuativa, frazionabili anche ad ore (concedibili per un minimo di un'ora e per un massimo di ore calcolato in proporzione ai periodi di lavoro dovuto nell'arco del mese).

ART. 7

Benefici lavoratori part-time

I benefici indicati negli articoli precedenti spettano anche al dipendente portatore di handicap grave, o al dipendente che assiste un portatore di handicap grave, con rapporto di lavoro **Part-time**.

Part-time orizzontale:

- Il permesso retribuito mensile di 3 giorni spetta per intero; può essere fruito anche a ore, per un minimo di 1 ora, e per un massimo di ore calcolato in proporzione al dovuto orario settimanale;
- Il permesso giornaliero di 2 ore, essendo ridotto in proporzione alle ore lavorate, si riduce a 1 ora nel caso di prestazione lavorativa inferiore alle 6 ore

Part-time verticale:

- Il numero dei giorni di permesso spettanti va ridimensionato proporzionalmente in base al numero dei giorni in cui si presta attività lavorativa. Il permesso può essere fruito anche a ore, per un minimo di 1 ora, e per un massimo di ore calcolato in proporzione al dovuto orario e alle giornate di lavoro.

- Il permesso giornaliero di 2 ore, fruibile ovviamente soltanto nei giorni in cui si presta attività lavorativa e ridotto in proporzione alle ore lavorate, si riduce a 1 ora nel caso di prestazione lavorativa inferiore alle 6 ore

ART.8

Ulteriori benefici

Diritto alla sede di lavoro più vicina e trasferimento ad altra sede di lavoro

- Il dipendente portatore di handicap grave, all'atto dell'assunzione, ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito ad altra sede senza il suo consenso.
- Il dipendente che assista con continuità un figlio o un parente o affine entro il terzo grado portatore di handicap grave, all'atto dell'assunzione, ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.

Tale diritto è subordinato:

- all'esistenza del posto nella sede in cui si intende essere assegnati o rimanere;
- all'assistenza già in atto ad un soggetto con handicap grave. Il diritto non può essere accordato al lavoratore dipendente che, non assistendo già un familiare, aspiri al trasferimento per porre in essere tale assistenza;
- all'esclusività nel godimento del beneficio, e cioè che altri parenti o affini entro il terzo grado, aventi titolo, non ne stiano già usufruendo.

Possibilità di astenersi dal lavoro notturno

- Il lavoratore dipendente che assista con continuità un figlio o un soggetto a proprio carico disabile in situazione di gravità non può essere obbligato, ma ha facoltà di prestare, lavoro notturno, ai sensi dell'art.3 comma 3 D.Lgs.151/2001

ART.9

Requisiti richiesti per la concessione dei benefici della L.104/92

Per la concessione dei benefici previsti dalla L.104/92 devono esistere i seguenti presupposti:

- ♦ **Lo stato di gravità** del portatore di handicap, riconosciuto dalla competente Commissione medico-legale dell'ASL, attraverso un verbale che faccia riferimento all'art.3 comma 3 della Legge in oggetto.
- ♦ Il portatore di handicap in situazione di gravità **non deve essere ricoverato a tempo pieno, presso qualsiasi struttura.**
Il portatore di handicap in situazione di gravità di età inferiore a tre anni **non deve essere ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.**
Si ha comunque titolo alla concessione dei benefici di legge, secondo la Circolare INPS n.90 del 23/05/2007:
 - in caso di ricovero di durata inferiore alle 24 ore;
 - in caso di ricovero, anche a tempo pieno, finalizzato ad un intervento chirurgico oppure a scopo riabilitativo di un bambino di età inferiore a tre anni con handicap in situazione di gravità, per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare;

- in caso di ricovero, anche a tempo pieno, di persona con disabilità in situazione di gravità in coma vigile (da documentare con la valutazione del dirigente responsabile del Centro medico-legale competente), e/o in situazione terminale (situazione documentata dai sanitari della struttura ospedaliera presso cui si svolge il ricovero).

- ♦ Il lavoratore dipendente che richiede i benefici di legge per il figlio maggiorenne o per un familiare (o affine) disabile in situazione di gravità deve prestare **assistenza esclusiva**, vale a dire che nessun altro lavoratore dipendente idoneo deve avere già richiesto il medesimo beneficio per lo stesso disabile.

È irrilevante che nell'ambito del nucleo familiare del portatore di handicap si trovino conviventi familiari non lavoratori idonei a fornire l'aiuto necessario, o personale badante, o che si ricorra a forme di assistenza pubblica o privata. Il requisito dell'esclusività infatti non coincide con l'assenza di qualsiasi altra forma di assistenza. Inoltre la persona con handicap grave – o il suo amministratore di sostegno o il suo tutore legale – può deliberatamente effettuare la scelta su chi, all'interno della stessa famiglia, debba prestare l'assistenza prevista dalla legge in argomento.

- ♦ Il lavoratore dipendente che richiede i benefici di legge per il figlio maggiorenne o per un familiare (o affine) disabile in situazione di gravità deve prestare **assistenza continuativa**, vale a dire un'assistenza sistematica ed adeguata rispetto alle concrete esigenze della persona da assistere.

La "continuità" non deve necessariamente coincidere con la quotidianità dell'assistenza.

Qualora il richiedente dimostri di prestare assistenza quotidiana, è da ritenersi dimostrata anche la sistematicità ed adeguatezza dell'assistenza.

L'assistenza deve, quindi, essere prestata con regolarità e non in forma sporadica e il richiedente è tenuto a dimostrare l'adeguatezza del suo operato rispetto alle esigenze dell'assistito, documentando i modi e i tempi dell'assistenza prestata. Il richiedente deve dimostrare di essere la persona di riferimento per il portatore di handicap grave, colui che si occupa pienamente della sua assistenza infermieristica, morale, materiale, organizzativa.

I benefici di legge possono altresì essere riconosciuti a quei lavoratori che risiedono o lavorano in luoghi anche distanti da quello in cui risiede di fatto la persona con disabilità grave – secondo quanto previsto dalla Circolare INPS n.128 del 11/07/2003 art.8 -, qualora dimostrino la sistematicità dell'assistenza (dimostrando la cadenza regolare e non sporadica del loro operato), e l'adeguatezza nel senso sopra descritto. A tal fine, in sede di richiesta dei benefici in parola deve essere prodotto un "Programma di assistenza" a firma congiunta del lavoratore richiedente e della persona con disabilità grave (o del suo amministratore di sostegno, o del suo tutore legale), valutato dal dirigente del Centro medico-legale competente dell'ASL.

ART.10

Domanda e documentazione

La domanda, correttamente compilata e completa dei relativi allegati richiesti, deve essere consegnata all'U.O. Personale Dipendente.

All'atto della presentazione della domanda per il riconoscimento dei benefici previsti dalla Legge 104/92, il richiedente è tenuto a dichiarare che il portatore di handicap in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno, oppure che non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, in caso di bambini di età inferiore a 3 anni (sono esclusi i casi di deroghe previsti dalla Circolare INPS n.90 del 23/05/2007).

Il richiedente dichiara inoltre di impegnarsi a comunicare al datore di lavoro ogni eventuale variazione delle condizioni esistenti.

Modello Hand 1: per i genitori (naturali, adottivi o affidatari) di figli minori

Allegati:

- Documentazione attestante lo stato di gravità rilasciata dalla competente Commissione medico-legale dell'ASL, o certificazione provvisoria del medico specialista ASL in attesa della valutazione della Commissione, o, per i portatori di sindrome di Down, certificazione dello stato di gravità rilasciata anche dal Medico di base, a cui deve essere allegata copia del "cariotipo" richiesto per emettere il certificato.

Modello Hand 2: per i genitori (naturali, adottivi o affidatari) di maggiorenni, per coniugi o conviventi, per parenti o affini entro il 3° grado

Allegati:

- Documentazione attestante lo stato di gravità rilasciata dalla competente Commissione medico-legale dell'ASL, o certificazione provvisoria del medico specialista ASL in attesa della valutazione della Commissione, o, per i portatori di sindrome di Down, certificazione dello stato di gravità rilasciata anche dal Medico di base, a cui deve essere allegata copia del "cariotipo" richiesto per emettere il certificato.
- Dichiarazione resa in forma di autocertificazione che attesti l'esclusività dell'assistenza prestata dal richiedente, vale a dire che attesti che nessun altro lavoratore dipendente idoneo abbia richiesto i benefici di legge per lo stesso disabile grave. Tale dichiarazione dovrà contenere la lista di tutti i lavoratori dipendenti idonei a richiedere i benefici di legge per il disabile in oggetto (parenti e affini fino al 3° grado), completa di: nome e cognome del lavoratore dipendente idoneo, datore di lavoro, e indirizzo.
- Eventuale dichiarazione (facoltativa) a firma del disabile (o del suo amministratore di sostegno, o del suo tutore legale) con cui l'interessato identifica, all'interno del nucleo familiare, la persona che desidera gli presti assistenza.
- 1) Soggetto richiedente i benefici e soggetto portatore di handicap conviventi (oppure vicinanza obiettiva delle abitazioni):
Dichiarazione resa in forma di autocertificazione che attesti la residenza nel medesimo nucleo familiare del disabile grave in oggetto, ovvero che dimostri la quotidianità dell'assistenza per ragioni di vicinanza obiettiva tra le abitazioni (es: lavoratore e portatore di handicap abitano nella stesso edificio oppure nella stessa via ma con diverso nr. civico).
oppure
- 2) Soggetto richiedente i benefici e soggetto portatore di handicap che dimorano ad una distanza percorribile in 1 ora:
Dichiarazione resa in forma di autocertificazione che, nell'indicare i modi e i tempi dell'assistenza prestata, dimostri che la stessa sia sistematica ed adeguata.
oppure
- 3) Soggetto richiedente i benefici e soggetto portatore di handicap che dimorano ad una distanza tale da non essere percorribile in 1 ora:
Programma di assistenza a firma congiunta del lavoratore richiedente e della persona con disabilità grave (o del suo amministratore di sostegno, o del suo tutore legale), valutato dal dirigente del Centro medico-legale competente, attestante i modi e i tempi dell'assistenza prestata dal richiedente.

Modello Hand 3: per i lavoratori dipendenti portatori di handicap in situazione di gravità

Allegati:

- Documentazione attestante lo stato di gravità rilasciata dalla competente Commissione medico-legale dell'ASL, o certificazione provvisoria del medico specialista ASL in attesa della valutazione della Commissione, o, per i portatori di sindrome di Down, certificazione dello stato di gravità

25 GEN. 2008

rilasciata anche dal Medico di base, a cui deve essere allegata copia del "cariotipo" richiesto per emettere il certificato.

ART. 11
Decorrenza dei benefici

La fruizione dei benefici previsti dalla legge in oggetto decorre:

1) Situazione di handicap grave già accertato:

Dalla data di presentazione all'Azienda della domanda completa di tutta la documentazione attestante lo stato di gravità, già riconosciuto dalla competente Commissione.

2) Situazione di handicap grave in fase di accertamento:

Dalla data del rilascio del certificato attestante lo stato di gravità da parte dell'ASL, vale a dire dalla data della visita della Commissione competente.

In questo caso il richiedente dovrà presentare all'Azienda la richiesta per il riconoscimento dei benefici previsti dalla legge contestualmente alla data di effettuazione della visita ASL.

L'Azienda disporrà un provvedimento di natura provvisoria di riconoscimento dei benefici. Alla richiesta devono essere allegate:

- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante che il portatore di handicap è stato sottoposto a visita della competente Commissione ASL in quella data;
- liberatoria del richiedente, prevista dalla Circolare INPS n.32/2006.

Il richiedente deve espressamente dichiarare di essere consapevole che l'amministrazione provvederà al recupero delle giornate di permesso fruito, qualora l'accertamento della Commissione ASL non riconosca lo stato di gravità.

Se la Commissione si pronuncerà a favore della situazione di gravità le giornate fruito a titolo di permesso verranno confermate e il provvedimento assumerà natura definitiva, in caso contrario verranno recuperate e trasformate in assenze ad altro titolo senza danno patrimoniale per l'Azienda.

3) Situazione di accertamento dell'handicap grave appena avviato:

In tale ipotesi eccezionale, il beneficio è concesso dalla data in cui è stato richiesto l'accertamento all'ASL, quindi anteriore alla data di rilascio dell'attestato.

Tale possibilità è prevista dalla Circolare INPS n.133 del 17/07/2000 per particolari condizioni:

- qualora nell'attestato relativo al riconoscimento dell'handicap grave della competente Commissione sia espressamente indicata una validità decorrente da data anteriore a quella della visita, e sempre che ci sia stata effettiva astensione dal lavoro
- qualora la formulazione della diagnosi da parte della Commissione sia tale da far considerare l'handicap grave senza dubbio esistente da data anteriore a quella di presentazione alla ASL della domanda di riconoscimento (non anteriore comunque alla data di presentazione al datore di lavoro della relativa domanda)

4) Patologie oncologiche:

Per quanto riguarda le **patologie oncologiche**, ai sensi dell'art.6 comma 3 bis della L.80/2006, l'ASL è tenuta a pronunciarsi entro 15 giorni dalla data della richiesta, e gli esiti dell'accertamento hanno validità immediata.

In questo caso la decorrenza della fruizione dei benefici della Legge 104/92 coinciderà con la data della domanda di accertamento presentata all'ASL, sempre che il richiedente presenti la domanda contestualmente anche all'Azienda, e ci sia effettiva astensione dal lavoro.

Vista l'immediatezza degli esiti dell'accertamento, non dovrà essere presentata dal dipendente la liberatoria prevista dalla Circolare INPS n.32/2006. L'Azienda procederà al rilascio di un provvedimento di autorizzazione provvisoria condizionata, che preveda il recupero dei periodi di permesso fruiti in caso la Commissione non riconosca lo stato di gravità dell'handicap.

ART. 12

Rinnovo annuale

La domanda per la concessione dei benefici ha validità annuale, tranne che per i dipendenti portatori di handicap, e va pertanto rinnovata all'inizio di ogni nuovo anno solare.

Nella domanda di rinnovo della concessione dei benefici il richiedente deve dichiarare:

- che il portatore di handicap è ancora vivo
- che l'ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap
- che il disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno
- che sussiste ancora il requisito dell'esclusività (allegando la lista dei lavoratori dipendenti eventualmente idonei a prestare assistenza al portatore di handicap grave)
- che sussiste ancora il requisito della continuità (allegando il nuovo Programma di assistenza valutato dall'ASL, o la nuova dichiarazione attestante i modi e i tempi dell'assistenza)
- se intende fruire del beneficio sotto forma delle giornate di permesso mensile, oppure a ore.

All'interno della richiesta di rinnovo, laddove possibile, il dipendente deve anche indicare quali sono le giornate in cui intende fruire del permesso nel corso dell'anno. In caso contrario il richiedente dovrà comunicare le assenze prodotte a titolo di permesso in corso d'anno, concordandole preventivamente con il proprio responsabile di servizio in modo da evitare disservizi o problemi organizzativi.

In caso di esigenze urgenti e straordinarie, il dipendente che debba assentarsi in giornate non prestabilite, può modificare le giornate di permesso richieste documentando opportunamente tale necessità (con certificati medici o certificati di effettuazione di visite).

ART. 13

Possibilità di cumuli

Un disabile maggiorenne assistito da due familiari lavoratori dipendenti che si ripartiscono i benefici

È possibile che, in casi particolari, un disabile in situazione di gravità sia assistito da due lavoratori dipendenti, che dunque possono fare richiesta di concessione dei benefici e suddividersi i permessi (un mese uno, un mese l'altro).

In questo caso particolare il disabile in situazione di gravità dovrà rilasciare una doppia dichiarazione, attestante la scelta di entrambi i lavoratori per la sua assistenza.

I due lavoratori dovranno invece dimostrare l'esclusività rispetto a tutti gli altri familiari, e presentare un programma di assistenza doppio, attestante le modalità e i tempi di assistenza dell'uno e dell'altro, che dovranno andare ad integrarsi.

Un lavoratore dipendente che assiste due disabili

Un lavoratore dipendente può assistere due disabili in situazione di gravità (presentando la domanda per ogni soggetto disabile) e fruire di 3 + 3 giornate di permesso mensile soltanto dimostrando di non riuscire a sopperire a tutti e due i disabili con le stesse modalità e nel medesimo tempo. La questione va sottoposta alla competente Commissione medico-legale dell'ASL, che si pronuncerà a favore della necessità di assistenza disgiunta oppure congiunta.

In caso la Commissione competente ravvisi la necessità di assistenza disgiunta il lavoratore dipendente richiedente potrà fruire di 3+3 giorni di permesso mensile. Nel caso invece in cui la Commissione si esprima a favore della possibilità di assistenza congiunta il richiedente potrà fruire di 3 giorni soltanto, pur assistendo 2 portatori di handicap in stato di gravità.

N.B. Il dipendente che intende fruire della possibilità di cumulo dei permessi per due soggetti disabili deve altresì presentare dichiarazione che attesti che il portatore di handicap grave non svolga alcuna attività lavorativa: infatti, se uno dei due soggetti disabili è lavoratore, non viene riconosciuta la possibilità di permessi cumulativi per il richiedente, ma eventualmente solo la possibilità dei tre giorni di permesso mensili per il soggetto portatore di handicap grave non lavoratore.

Un lavoratore dipendente disabile che assiste un altro disabile

Un lavoratore dipendente disabile può assistere un altro disabile in situazione di gravità soltanto qualora la competente Commissione medico-legale stabilisca che il richiedente possiede le capacità assistenziali necessarie.

Un lavoratore dipendente che assiste un disabile che a sua volta fruisce dei permessi

Un lavoratore dipendente può chiedere la fruizione dei benefici per assistere un lavoratore disabile in situazione di gravità, che a sua volta è già titolare di permessi per sé, ma le giornate o le ore di permesso dei due soggetti devono necessariamente coincidere, dal momento che, se il portatore di handicap grave è al lavoro, non necessita di alcuna assistenza, che invece risulta giustificata nel momento in cui non lavora.

ART. 14

Incompatibilità

Durante i mesi in cui vengono richiesti i permessi, né il dipendente richiedente i permessi, né altri soggetti aventi titolo per il medesimo soggetto disabile possono fruire del congedo straordinario di cui all'art.42, c.5 del D.Lgs.151/2001 (Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità).

Nel caso in cui vengano temporaneamente meno i requisiti previsti per la concessione dei benefici di legge (es: ricovero a tempo pieno del disabile; modifiche del Programma di Assistenza dovute a periodi di ferie/malattia), i 3 giorni di permesso mensili spettanti al richiedente vanno ridimensionati proporzionalmente in base alle giornate di assistenza effettivamente prestate.

Pertanto, in caso di ricovero a tempo pieno del disabile in situazione di gravità, si applica il criterio per cui, per ogni 10 giorni di assistenza sistematica ed adeguata (prestata a favore del disabile non ricoverato a tempo pieno), spetta al richiedente un giorno di permesso ex lege 104 (si veda la Circolare INPS n.128 del 11/07/2003).

Se dunque il periodo di assistenza è inferiore ai 10 giorni al mese, al richiedente non spetta nessuna giornata, per i periodi compresi tra 10 e 19 giorni di assistenza spetta invece 1 giornata.

Nel caso di fruizione della riduzione giornaliera oraria non si procede al ridimensionamento suddetto, essendo il permesso a ore legato alla singola giornata di fruizione del beneficio.

Il godimento delle ferie o di assenza per malattia da parte di un lavoratore dipendente che assiste un disabile in situazione di gravità determinano il ridimensionamento del permesso solo nel caso in cui, nei periodi in oggetto, venga modificato il programma di assistenza, e dunque viene meno l'assistenza sistematica ed adeguata prevista per la concessione del beneficio.

ART. 15

Controlli e provvedimenti conseguenti

Ai sensi dell'art.71 del D.P.R. 445/2000 l'Azienda è tenuta ad effettuare controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono ragionevoli dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive fornite dal richiedente all'atto della domanda di concessione dei benefici.

Qualora dai controlli effettuati dovesse risultare la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni:

1. il dichiarante decade retroattivamente dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000
2. viene attivato un procedimento disciplinare a carico del dichiarante
3. a seguito di segnalazione alla Procura della repubblica, il dichiarante è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445/2000).

ART. 16

Congedo straordinario

Il congedo straordinario retribuito, disciplinato dall'art. 42 del D.Lgs. 151/01, e della durata massima di due anni nell'arco dell'intera vita lavorativa del soggetto richiedente (fruibile in maniera continuativa o frazionata), è riconosciuto a:

- Genitori di figli (o affidati) portatori di handicap grave;
- Fratelli/sorelle conviventi di portatori di handicap grave, nel caso di decesso/invalidità/inabilità dei genitori;
- Coniuge convivente del portatore di handicap grave.

Quest'ultima fattispecie è stata introdotta dalla Circolare INPS N.112 del 03/08/2007, che prevede un titolo preferenziale del coniuge rispetto agli altri soggetti, in quanto stabilisce un ordine di priorità dei soggetti aventi diritto al congedo per il portatore di handicap in situazione di gravità, ponendo il coniuge convivente in testa alla lista.

Si specifica che i requisiti richiesti per la fruizione del congedo sono gli stessi richiesti per la fruizione dei permessi mensili: stato di gravità del portatore di handicap, non ricovero a tempo pieno, convivenza (non richiesta nel caso di figli minorenni), assistenza esclusiva ed assistenza continuativa, dimostrabile mediante i criteri della sistematicità ed adeguatezza, il portatore di handicap grave deve essere non lavoratore.

N.B. Durante il periodo di congedo straordinario retribuito, il soggetto richiedente non può fruire contemporaneamente dei benefici di cui all'art.33 c.2 e c.3 della Legge 104/92.

INDICE

Principi generali		pag.2
Art.1	Soggetti destinatari dei benefici di legge	pag.2
Art.2	Benefici di legge	pag.2
Art.3	Benefici di legge a favore dei dipendenti portatori di handicap grave	pag.3
Art.4	Benefici di legge a favore dei dipendenti genitori di figli con handicap grave fino a 3 anni di età	pag.3
Art.5	Benefici di legge a favore dei dipendenti genitori di figli con handicap grave dai 3 ai 18 anni di età	pag.3
Art.6	Benefici di legge a favore dei dipendenti che assistono figli maggiorenni, parenti o affini entro il 3° grado, coniugi o conviventi con handicap grave	pag.4
Art.7	Benefici lavoratori part-time	pag.4
Art.8	Ulteriori benefici	pag.5
Art.9	Requisiti richiesti per la concessione dei benefici della L.104/92	pag.5
Art.10	Domanda e documentazione	pag.6
Art.11	Decorrenza dei benefici	pag.8
Art.12	Rinnovo annuale	pag.9
Art.13	Possibilità di cumuli	pag.9
Art.14	Incompatibilità	pag.10
Art.15	Controlli e provvedimenti conseguenti	pag.11
Art.16	Congedo straordinario	pag.11



Mod. Hand. 1 – genitori di minori

Spett.le AZIENDA OSPEDALIERA
BOLOGNINI DI SERIATE

Via Marconi, 38
24068 Seriate (Bg)

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ANNO

(D.Lgs.151/2001, Legge 104/1992 e successive modifiche ed integrazioni, Legge 53/2000)

GENITORI AFFIDATARI DI MINORI

(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A**QUADRO A – GENITORE RICHIEDENTE**

_____ (cognome) _____ (nome)

nato a il _____, a _____ (_____)
(data) (luogo) (prov.)

residente a _____ (_____). CAP _____
(luogo) (prov.)

in _____ telefono _____
(indirizzo)

in servizio presso l'A.O. Bolognini di Seriate in qualità di _____
(profilo professionale)

a tempo determinato / indeterminato, a tempo pieno / part-time presso l'U.O. di _____
(cancellare la variante che non interessa)

dello stabilimento di _____

CHIEDE

Di fruire dei permessi indicati al QUADRO C o D, spettanti ai genitori di figli minori portatori di handicap in situazione di gravità, ai sensi del D.Lgs.151/2001 e della Legge 104/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

QUADRO B – FIGLIO MINORE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE

 _____ (cognome) _____ (nome)
 nato a il _____ a _____ (_____)
 _____ (data) _____ (luogo) _____ (prov.)
 DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE
 residente a _____ (_____), CAP _____
 _____ (luogo) _____ (prov.)
 in _____ telefono _____
 _____ (indirizzo)
☐ Figlio/a
☐ Figlio/a adottat.../affidat... - data provvedimento di adozione/affidamento _____
 - data di ingresso in famiglia _____
☐ Beneficiario a titolo proprio dei permessi previsti dalla Legge 104/1992

DICHIARA

- ☐ Che il soggetto sopra indicato è portatore di handicap in situazione di gravità, accertato dalla ASL di _____ in data _____; (come da copia della certificazione allegata)

- ☐ Che non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati
- ☐ Di impegnarsi a comunicare qualsiasi eventuale variazione delle condizioni esistenti

(SOLO SE VENGONO RICHIESTI I PERMESSI DI CUI AL QUADRO C)

- ☐ Che il periodo di astensione obbligatoria per maternità spettante al richiedente o all'altro genitore è terminato il _____
- ☐ Di trovarsi nella condizione di "genitore solo"

QUADRO C – PERMESSI PER I FIGLI DI ETÀ INFERIORE A 3 ANNI

- ☐ IL PROLUNGAMENTO DEL CONGEDO PARENTALE (astensione facoltativa)

OPPURE

- ☐ 2 ORE (O 1 ORA) DI PERMESSO GIORNALIERO

OPPURE

QUADRO D – PERMESSI PER I FIGLI DI ETÀ COMPRESA TRA 3 E 18 ANNI

- ☐ GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3 TRA I DUE GENITORI) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO TRAMITE LA COMPILAZIONE DELL'APPOSITO MODELLO PRESTAMPATO

QUADRO E - DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE

Il sottoscritto, altro genitore del minore indicato nel QUADRO B,

_____ (cognome)

_____ (nome)

nato a il _____ a _____ (_____)
(data) (luogo) (prov.)

DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE

residente a _____ (_____), CAP _____
(luogo) (prov.)

in _____ telefono _____
(indirizzo)

DICHIARA

- ☐ Di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della ditta _____
 - ☐ Di non aver richiesto, per lo stesso minore handicappato, i permessi indicati al QUADRO C, IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI negli stessi periodi
 - ☐ Di non aver richiesto i permessi di cui al QUADRO D
- OPPURE
- ☐ Di aver richiesto i permessi di cui al QUADRO D entro il limite massimo di TRE GIORNI tra i due genitori

DICHIARAZIONE DELLA MADRE

(SOLO SE I PERMESSI DI CUI AL QUADRO C SONO RICHIESTI DAL PADRE)

La sottoscritta dichiara:

- ☐ Di non svolgere attività lavorativa
- ☐ Di svolgere attività lavorativa come lavoratrice autonoma
- ☐ Di non avere diritto ai congedi parentali (astensione facoltativa) in quanto svolge attività lavorativa come libera professionista – collaboratrice coordinata e continuativa – lavoratrice a domicilio – addetta ai servizi domestici

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

(DA NON PRESENTARE SE GIÀ ALLEGATA A PRECEDENTI DOMANDE)

- ☐ Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap, o, per i portatori di sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato – legge 27 dicembre 2002, n.289, art.94).
- ☐ Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare appena disponibile)

☐ Altro (indicare) _____

In caso di adozione:

- ☐ Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente da cui risulti la data di effettivo ingresso del bambino in famiglia.
- ☐ Adozioni internazionali (legge 31 dicembre 1998, n.476): certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o l'affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano e la data di inserimento del minore presso i coniugi affidatari o i genitori adottivi.
- ☐ Altro (indicare) _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiarano, ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano, che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiarano di essere consapevoli che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Dichiarano inoltre che, per i suddetti periodi, il prolungamento del congedo parentale e le ore di permesso giornaliero (QUADRO C) vengono fruiti in alternativa all'altro genitore che i giorni di permesso mensile (QUADRO D) vengono fruiti nel limite massimo di 3 giorni mensili tra i due genitori.

Si impegnano a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie fornite o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati nonché le modifiche dei periodi richiesti.

Preso atto dell'informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003, acconsentono, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei propri dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevoli del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione la presente richiesta non consentono a quanto indicato ai punti _____.

Firma _____
DEL/DELLA RICHIEDENTE

DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

Data, _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

(non necessaria per i portatori di sindrome di Down)

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste in caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta o non ha subito modifiche.

Data, _____

Firma _____
DEL/DELLA RICHIEDENTE

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) RAPPORTO DI LAVORO

Gli interessati devono essere titolari di un rapporto di lavoro dipendente, coperto da assicurazione INPDAP per le prestazioni economiche di maternità, che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di congedo di cui trattasi, con obbligo di svolgimento di attività lavorativa.

I permessi spettano anche se l'altro genitore non ne ha diritto (perché, ad esempio, è casalingo/a, non svolge attività lavorativa, è lavoratore/lavoratrice autonomo/a, ecc.)

I permessi spettano in maniera alternativa fra i due genitori

2) SOGGETTI E REQUISITI

I soggetti beneficiari sono i genitori (compresi gli adottivi e gli affidatari) di figli minori (anche non conviventi) con i seguenti requisiti:

- con handicap in situazione di gravità accertata, ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/1992, dalla competente Commissione ASL, oppure dal medico specialista ASL (in questo caso la certificazione è provvisoria ed ha validità di sei mesi)
- non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati (esclusi i casi di deroghe previste dalla Circolare INPS n.90 del 23/05/2007)

3) PERMESSI SPETTANTI PER I FIGLI FINO A 3 ANNI DI ETÀ

- Prolungamento del congedo parentale (astensione facoltativa per maternità/paternità);
- Permessi orari pari a 2 ore giornaliere (1 ora per orari di lavoro inferiori a 6 ore).

4) DECORRENZA DEI PERMESSI PER I FIGLI FINO A 3 ANNI DI ETÀ

I permessi sono fruibili solo dalla fine del periodo massimo previsto per il normale congedo parentale per maternità (Messaggio INPS 22578 del 17/09/2007):

- 1- alla madre, trascorsi 6 mesi dalla fine del congedo di maternità
- 2- al padre, trascorsi 7 mesi dalla data di nascita del figlio
- 3- al genitore unico, trascorsi 10 mesi decorrenti dalla fine del periodo del congedo di maternità per la madre sola; dalla nascita del minore o dalla fruizione dell'eventuale congedo di paternità per il padre solo.

I permessi possono essere richiesti durante i periodi di normale congedo parentale (astensione facoltativa), e durante i periodi di congedo per malattia del medesimo figlio fruiti dall'altro genitore.

5) PERMESSI SPETTANTI PER MINORI DAI 3 AI 18 ANNI DI ETÀ

Tre giorni di permesso mensile, frazionabili anche ad ore, fruibili da uno o da entrambi i genitori, tenendo presente che:

- a) i giorni di permesso non fruiti in un mese, non possono essere cumulati con quelli spettanti in un mese successivo;

- b) i giorni di permesso spettanti ai genitori, se richiesti contemporaneamente, possono anche coincidere, ma non possono comunque superare il numero di 3 tra i due genitori stessi;
- c) i giorni di permesso possono essere richiesti durante i periodi di normale congedo parentale fruiti dall'altro genitore.

6) DOMANDA E DOCUMENTAZIONE

La domanda va compilata e dovrà essere consegnata al datore di lavoro.

Alla domanda va allegata la documentazione relativa alla gravità dell'handicap (anche in copia), rilasciata a suo tempo dalla commissione medica competente dell'ASL, o per i portatori di sindrome di Down, anche dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato), solo qualora il datore di lavoro non ne sia già in possesso.

La domanda ha validità annuale e può essere modificata in caso di necessità. Per il rinnovo va anche dichiarato che l'ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap.

Mod. Hand. 2 – genitori di maggiorenni /familiari

Spett.le AZIENDA OSPEDALIERA
BOLOGNINI DI SERIATE
Via Marconi, 38
24068 Seriate (Bg)

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ANNO

(D.Lgs.151/2001, Legge 104/1992 e successive modifiche ed integrazioni, Legge 53/2000)

GENITORI DI PORTATORI DI HANDICAP MAGGIORENNI

PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PORTATORI DI HANDICAP

CONIUGI O CONVIVENTI DI PORTATORI DI HANDICAP

(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A – RICHIEDENTE

_____ (cognome) _____ (nome)

nato a il _____, a _____ (_____)
(data) (luogo) (prov.)

residente a _____ (_____), CAP _____
(luogo) (prov.)

in _____ telefono _____
(indirizzo)

in servizio presso l'A.O. Bolognini di Seriate in qualità di _____
(profilo professionale)

a tempo determinato / indeterminato, a tempo pieno / part-time presso l'U.O. di _____
(cancellare la variante che non interessa)

dello stabilimento di _____

CHIEDE

Di fruire dei permessi indicati al QUADRO D, ai sensi del D.Lgs.151/2001 e della Legge 104/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

QUADRO B – PORTATORE DI HANDICAP GRAVE

_____ (cognome) _____ (nome)

nato/a il _____, a _____ (_____)
(data) (luogo) (prov.)

DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE

residente a _____ (_____), CAP _____
(luogo) (prov.)

in _____ telefono _____
(indirizzo)

☐ Figlio/a

☐ Figlio/a adottat./affidat. - data provvedimento di adozione/affidamento _____
- data di ingresso in famiglia _____

☐ Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela/affinità: es. nipote, coniuge, ecc.) _____

☐ Convivente con il/la richiedente

☐ Non convivente con il/la richiedente

- ☐ Portatore di handicap in situazione di gravità, accertato dalla ASL di _____ in data _____; (come da copia della certificazione allegata)
- ☐ Non ricoverato/a a tempo pieno
- ☐ Impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a a titolo proprio dei permessi previsti dalla Legge 104/1992

DICHIARA

- ☐ Che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap (si veda autocertificazione allegata)
- oppure
- ☐ Che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (in tal caso l'altro genitore è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità sotto riportata)
- ☐ Di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i permessi mensili indicati al successivo QUADRO D, dei congedi straordinari previsti dall'art.42 comma 5 del D.Lgs.151/2001 per l'assistenza dei figli (o, nei casi previsti, ai fratelli o sorelle e ai coniugi) con handicap grave
- ☐ Di impegnarsi a comunicare qualsiasi eventuale variazione delle condizioni esistenti

QUADRO C - COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEME IL PORTATORE DI HANDICAP GRAVE N.B.(COMPILARE SOLO NEL CASO IL RICHIEDENTE SIA CONVIVENTE CON IL PORTATORE DI HANDICAP GRAVE)

Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

QUADRO D - PERMESSI RICHIESTI

- ☐ GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3 TRA I DUE GENITORI) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO TRAMITE LA COMPILAZIONE DELL'APPOSITO MODELLO PRESTAMPATO

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap, o, per i portatori di sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato - legge 27 dicembre 2002, n.289, art.94).
- ☐ Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare appena disponibile)
- ☐ Lista di tutti i LAVORATORI dipendenti idonei a richiedere i benefici di legge per il disabile in oggetto (parenti e affini sino al 3° grado) - ALLEGATO I -
- ☐ Eventuale dichiarazione con cui l'interessato identifica la persona che desidera gli presti assistenza
- ☐ Dichiarazione attestante la quotidianità dell'assistenza per ragioni di obiettiva vicinanza tra le abitazioni
- oppure
- ☐ Dichiarazione attestante i modi e i tempi dell'assistenza prestata in caso di assistenza non quotidiana
- oppure
- ☐ Programma di assistenza valutato dal dirigente del Centro medico-legale competente
- In caso di adozione:

- ☐ Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente da cui risulti la data di effettivo ingresso del bambino in famiglia.
- ☐ Adozioni internazionali (legge 31 dicembre 1998, n.476): certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o l'affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano e la data di inserimento del minore presso i coniugi affidatari o i genitori adottivi.
- ☐ Altro (indicare) _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a consegnare al datore di lavoro la presente domanda.

Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie fornite o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL;
- la fruizione dei permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari;
- le modifiche dei periodi richiesti

Preso atto dell'informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei propri dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione la presente richiesta non consente a quanto indicato ai punti _____.

Data, _____

Firma _____
DEL/DELLA RICHIEDENTE O DEL SUO
RAPPRESENTANTE LEGALE

_____ DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

Necessaria solo se l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il richiedente, nel limite massimo di 3 giorni.

In tal caso indicare di seguito i dati del datore di lavoro:

Denominazione ditta: _____

Indirizzo e località: _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE (non necessaria per i portatori di sindrome di Down)

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste in caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta o non ha subito modifiche.

Data, _____

Firma _____
DEL/DELLA RICHIEDENTE

ALLEGATO I

LISTA DI TUTTI I LAVORATORI DIPENDENTI IDONEI A RICHIEDERE I BENEFICI PER IL/LA SIG.

**/SIG.RA _____, PORTATORE DI
HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ ACCERTATO DALLA ASL DI _____
IN DATA _____.**

Il La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato/a il _____ a _____ (_____)
(data) (luogo) (prov.)

consapevole delle pene previste dall'art.76 del D.P.R.445 del 28/12/2000 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti e
che la presente dichiarazione è soggetta al controllo dell'Azienda Ospedaliera ai sensi dell'art.71 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

che i parenti e affini sino al 3° grado del portatore di handicap grave in oggetto lavoratori dipendenti idonei a richiedere
i benefici di legge, sono elencati nella tabella acclusa alla presente.
Nessuno di tali soggetti ha richiesto o beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap.

Luogo e data _____

Firma _____

TABELLA ALLEGATO I

[illegible]

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) RAPPORTO DI LAVORO

Gli interessati devono essere titolari di un rapporto di lavoro dipendente, coperto da assicurazione INPDAP per le prestazioni economiche di maternità, che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di permesso richiesto.

2) SOGGETTI E REQUISITI

I beneficiari sono i genitori (compresi gli adottivi e gli affidatari) di figli maggiorenni, i parenti o affini entro il 3° grado, il coniuge di soggetti con i seguenti requisiti:

- con handicap in situazione di gravità accertata, ai sensi dell'art.3 comma 6 della Legge 104/1992, dalla competente Commissione ASL, oppure dal medico specialista ASL (in questo caso la certificazione è provvisoria ed ha validità di sei mesi)
- non ricoverati a tempo pieno (esclusi i casi di deroghe previste dalla Circolare INPS n.90 del 23/05/2007)

3) PERMESSI SPETTANTI

- Tre giorni di permesso mensile, frazionabili anche ad ore, tenendo presente che i giorni di permesso non fruiti in un mese non possono essere cumulati con quelli spettanti in un mese successivo;

4) CONDIZIONI E MODALITÀ DI FRUIZIONE

- ♦ Il lavoratore dipendente che richiede i benefici di legge per il figlio maggiorenne o per un familiare (o affine) disabile in situazione di gravità deve prestare **assistenza esclusiva**, vale a dire che nessun altro lavoratore dipendente idoneo può richiedere i benefici di legge per lo stesso disabile.

A nulla rileva che nell'ambito del nucleo familiare del portatore di handicap si trovino conviventi familiari non lavoratori idonei a fornire l'aiuto necessario, o personale badante, o che si ricorra a forme di assistenza pubblica o privata. Il requisito dell'esclusività infatti non coincide con l'assenza di qualsiasi altra forma di assistenza. Inoltre la persona con handicap grave -- o il suo amministratore di sostegno o il suo tutore legale -- può deliberatamente effettuare la scelta su chi, all'interno della stessa famiglia, debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.

- ♦ Il lavoratore dipendente che richiede i benefici di legge per il figlio maggiorenne o per un familiare (o affine) disabile in situazione di gravità deve prestare **assistenza continuativa**, vale a dire un' assistenza sistematica ed adeguata rispetto alle concrete esigenze della persona da assistere.

La "continuità" non deve necessariamente coincidere con la quotidianità dell'assistenza, nel caso però il richiedente dimostri di prestare assistenza quotidiana, è da ritenersi dimostrata anche la sistematicità ed adeguatezza dell'assistenza.

L'assistenza deve quindi avere cadenza regolare e non sporadica, e il richiedente è tenuto a dimostrare l'adeguatezza del suo operato rispetto alle esigenze dell'assistito, documentando i

25 GEN. 2008

modi e i tempi dell'assistenza prestata. Il richiedente deve dimostrare di essere in un certo senso la persona di riferimento per il portatore di handicap grave, colui che si occupa della sua assistenza a tutto tondo, infermieristica, morale, materiale, organizzativa.

I benefici di legge possono dunque essere riconosciuti a quei lavoratori che risiedono o lavorano in luoghi anche distanti da quello in cui risiede di fatto la persona con disabilità grave – nei termini previsti dalla Circolare INPS n.128 del 11/07/2003 art.8 -, qualora dimostrino la sistematicità dell'assistenza (dimostrando la cadenza regolare e non sporadica del loro operato), e l'adeguatezza. A tal fine, in sede di richiesta dei benefici in parola deve essere prodotto un "Programma di assistenza" a firma congiunta del lavoratore richiedente e della persona con disabilità grave (o del suo amministratore di sostegno, o del suo tutore legale), valutato dal dirigente del Centro medico-legale competente.

I permessi spettano in via alternativa tra i due genitori se richiesti per il figlio maggiorenne. Spettano anche se l'altro genitore non ne ha diritto perché per es. casalingo/a o lavoratore/lavoratrice autonomo/a.

I 3 giorni di permesso spettanti complessivamente ad entrambi i genitori del portatore di handicap possono anche essere concessi contemporaneamente (es. madre: lunedì e martedì, padre: martedì).

I permessi non fruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi.

In caso di part-time verticale le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte.

5) **DOMANDA E DOCUMENTAZIONE**

La domanda va compilata e dovrà essere consegnata al datore di lavoro.

Alla domanda vanno allegati:

- la documentazione relativa alla gravità dell'handicap (anche in copia), rilasciata a suo tempo dalla commissione medica competente dell'ASL, o per i portatori di sindrome di Down, anche dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato), solo qualora il datore di lavoro non ne sia già in possesso;
- la dichiarazione resa in forma di autocertificazione che attesti l'esclusività dell'assistenza prestata dal richiedente, cioè che nessun altro lavoratore dipendente idoneo abbia richiesto i benefici di legge per lo stesso portatore di handicap in situazione di gravità. Tale dichiarazione dovrà contenere la lista di tutti lavoratori dipendenti idonei a richiedere i benefici per il portatore di handicap (parenti o affini entro il 3° grado) completa di: nome, cognome, rapporto di parentela del lavoratore dipendente rispetto al portatore di handicap, datore di lavoro e indirizzo.
- Eventuale dichiarazione a firma del disabile (o del suo amministratore di sostegno, o del suo tutore legale) con cui l'interessato identifica, all'interno del nucleo familiare, la persona che desidera gli presti assistenza

1) Soggetto richiedente i benefici e soggetto portatore di handicap conviventi (oppure vicinanza obiettiva delle abitazioni):

- Dichiarazione resa in forma di autocertificazione che attesti la residenza nel medesimo nucleo familiare del disabile grave in oggetto, ovvero che dimostri la quotidianità dell'assistenza per ragioni di vicinanza obiettiva tra le abitazioni

oppure

2) Soggetto richiedente i benefici e soggetto portatore di handicap che dimorano ad una distanza percorribile in 1 ora:

- Dichiarazione resa in forma di autocertificazione che attesti i modi e i tempi dell'assistenza prestata in caso di assistenza non quotidiana, ma sistematica ed adeguata.

oppure

3) Soggetto richiedente i benefici e soggetto portatore di handicap che dimorano ad una distanza tale da non essere percorribile in 1 ora):

- Programma di assistenza a firma congiunta del lavoratore richiedente e della persona con disabilità grave (o del suo amministratore di sostegno, o del suo tutore legale), valutato dal dirigente del Centro medico-legale competente, attestante i modi e i tempi dell'assistenza prestata dal richiedente – solo per i lavoratori che, rispetto alla residenza dell'assistito, risiedono o lavorano in luoghi lontani, vale a dire a una distanza che non è possibile coprire entro un'ora -.

La domanda ha validità annuale e può essere modificata in caso di necessità. Per il rinnovo va anche dichiarato che l'ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap.

6) INCOMPATIBILITÀ

Durante i mesi in cui vengono richiesti i permessi né il richiedente i permessi, né altri soggetti, possono fruire del congedo straordinario di cui all'art.42, comma 5 del D.Lgs.151/2001 (congedo massimo di due anni).

Spett.le AZIENDA OSPEDALIERA
BOLOGNINI DI SERIATE
Via Marconi, 38
24068 Seriate (Bg)

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ANNO
(D.Lgs.151/2001, Legge 104/1992 e successive modifiche ed integrazioni, Legge 53/2000)
PORTATORI DI HANDICAP CHE LAVORANO
(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A – IL RICHIEDENTE

(cognome)	(nome)
nato a il _____ a _____	(_____)
(data)	(luogo) (prov.)
residente a _____	(_____), CAP _____
(luogo) (prov.)	
in _____	telefono _____
(indirizzo)	
in servizio presso l'A.O. Bolognini di Seriate in qualità di _____	
(profilo professionale)	
a tempo determinato / indeterminato, a tempo pieno / part-time presso l'U.O. di _____	
(cancellare la variante che non interessa)	
dello stabilimento di _____	

CHIEDE

Di fruire dei permessi indicati al QUADRO B o al QUADRO C, spettanti ai lavoratori portatori di handicap in situazione di gravità, ai sensi della Legge 104/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

QUADRO B – PERMESSI ORARI

2 ORE DI PERMESSO (1 ORA in presenza di orario giornaliero di lavoro inferiore a 6 ore)	
☐ PER TUTTI I GIORNI LAVORATIVI	
OPPURE	
☐ PER I SEGUENTI PERIODI (indicare giorno e mese)	
dal _____	al _____
dal _____	al _____
dal _____	al _____
dal _____	al _____
dal _____	al _____
dal _____	al _____

OPPURE

QUADRO C – PERMESSI MENSILI

☐ GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO TRAMITE LA COMPILAZIONE DELL'APPOSITO MODELLO PRESTAMPATO
--

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
(DA NON PRESENTARE SE GIÀ ALLEGATA A PRECEDENTI DOMANDE)

- ☐ Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap, o, per i portatori di sindrome di Down, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato - legge 27 dicembre 2002, n.289, art.94).
- ☐ Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare appena disponibile)
- ☐ Altro (indicare) _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie fornite o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL;
- la fruizione dei permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari;
- le modifiche dei periodi richiesti

Preso atto dell'informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei propri dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione la presente richiesta non consente a quanto indicato ai punti _____.

Data, _____

Firma _____

DEL/DELLA RICHIEDENTE O DEL SUO
RAPPRESENTANTE LEGALE

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO
ANNUALE**

(non necessaria per i portatori di sindrome di Down)

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste in caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta o non ha subito modifiche.

Data, _____

Firma _____

DEL/DELLA RICHIEDENTE

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) *RAPPORTO DI LAVORO*

Gli interessati devono essere titolari di un rapporto di lavoro dipendente, coperto da assicurazione INPDAP per le prestazioni economiche di maternità, che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di permesso richiesto.

2) *SOGGETTI E REQUISITI*

I beneficiari sono soggetti portatori di handicap con i seguenti requisiti:

- con handicap in situazione di gravità accertata, ai sensi dell'art.3 comma 6 della Legge 104/1992, dalla competente Commissione ASL, oppure dal medico specialista ASL (in questo caso la certificazione è provvisoria ed ha validità di sei mesi)
- non ricoverati a tempo pieno (esclusi i casi di deroghe previste dalla Circolare INPS n.90 del 23/05/2007)

3) *PERMESSI SPETTANTI*

- Permessi orari pari a 2 ore giornaliere (1 ora per orari di lavoro inferiori a 6 ore).
- Tre giorni di permesso mensile, frazionabili anche ad ore, tenendo presente che i giorni di permesso non fruiti in un mese non possono essere cumulati con quelli spettanti in un mese successivo;

4) *DOMANDA E DOCUMENTAZIONE*

La domanda va compilata e dovrà essere consegnata al datore di lavoro.

Alla domanda va allegata la documentazione relativa alla gravità dell'handicap (anche in copia), rilasciata a suo tempo dalla commissione medica competente dell'ASL, o per i portatori di sindrome di Down, anche dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato), solo qualora il datore di lavoro non ne sia già in possesso.

La domanda ha validità annuale e può essere modificata in caso di necessità. Per il rinnovo va anche dichiarato che l'ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap.

5) *INCOMPATIBILITÀ*

Durante i mesi in cui vengono richiesti i permessi né il richiedente i permessi, né altri soggetti, possono fruire del congedo straordinario di cui all'art.42, comma 5 del D.Lgs.151/2001 (congedo massimo di due anni).

Mod. Hand 4 (Congedo straordinario genitori)

 ALL'AZIENDA OSPEDALIERA "BOLOGNINI" DI SERIATE
Via Marconi, 38 – 24068 SERIATE (BG)

**DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FIGLI (O AFFIDATI)
PORTATORI DI HANDICAP GRAVE**
(art.42 T.U. sulla maternità e paternità – decreto legislativo nr. 151/2001)

QUADRO A		GENITORE O AFFIDATARIO RICHIEDENTE		
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA		
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	CODICE FISCALE		
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. civico, Frazione ecc.)	COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	
CAP	N. TELEFONICO			

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE

- ☐ **di fruire del congedo** straordinario spettante ai genitori o affidatari di soggetti portatori di handicap grave e della relativa indennità spettante in base all'art.42 T.U. sulla maternità e paternità – decreto legislativo n.151/2001 (vedi **AVVERTENZE IMPORTANTI**)

QUADRO B		DATI DEL/LA FIGLIO/A (O AFFIDATO/A) CON HANDICAP GRAVE		
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA		
		giorno mese anno		
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	CODICE FISCALE		
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. civico, Frazione ecc.)	CAP	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	
☐ figlio/a naturale del richiedente ☐ figlio/a adottato del richiedente (1) ☐ in affidamento preadottivo del richiedente (1) ☐ in affidamento NON preadottivo del richiedente (1) ☐ convivente con il richiedente ☐ non convivente con il richiedente, ma assistito con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal genitore/affidatario richiedente (2) ☐ portatore di handicap grave, accertato dalla A.S.L. di _____ in data _____ ☐ non ricoverato/a a tempo pieno ☐ non impegnato/a in attività lavorativa				
(1) allegare provvedimento di adozione o di affidamento (vedi AVVERTENZE IMPORTANTI) (2) allegare certificazione come richiesto nel QUADRO F (punto A – B- C)				

QUADRO B1 COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIESTE LA PERSONA CON HANDICAP GRAVE			
Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

QUADRO C	PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI
Il la sottoscritto/a chiede di poter fruire del congedo straordinario, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi: dal _____ al _____	
dal _____ al _____	
dal _____ al _____	

QUADRO D	DICHIARAZIONE DEL GENITORE O AFFIDATARIO RICHIEDENTE
IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA ☐ che mio figlio/a non è coniugato/a o non convive con il coniuge ☐ che il coniuge di mio figlio/a non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo ☐ che il coniuge di mio figlio/a non ha mai usufruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave ☐ che il coniuge di mio/a figlio/a ha usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave ☐ che il coniuge di mio/a figlio/a non ha chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati di congedi straordinari retribuiti e non intende richiederli negli stessi periodi ☐ di svolgere attività lavorativa alle dipendenze dell'A.O. "Bolognini" di Seriate in qualità di _____ a tempo determinato/indeterminato, tempo pieno/part-time presso l'U.O. di _____ dello stabilimento di _____ ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto di cui al QUADRO B dal _____ al _____ dal _____ al _____ ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari NON retribuiti per "gravi e documentati motivi familiari" (art.4 c.2 L.53/00) per lo stesso soggetto di cui al QUADRO B dal _____ al _____ dal _____ al _____ ☐ 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 L.104/92 per l'assistenza alle persone in condizione di handicap grave ☐ di essere convivente con mio figlio/a (o la persona in affidamento) maggiorenne in condizione di disabilità grave ☐ di non essere convivente con il/la figlio/a (o la persona in affidamento) handicappato/a maggiorenne (1), in condizione di disabilità grave, ma di svolgere con sistematicità e adeguatezza l'assistenza allo/a stesso/a (VEDI AVVERTENZE) ☐ che l'altro genitore o affidatario ha fruito di n. _____ giorni di congedo straordinario retribuito per la stessa persona in condizione di disabilità grave.	
(1) La convivenza non è necessaria se il/la figlio/a (o affidato/a) in condizione di disabilità grave è minorenne.	

QUADRO E	DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE
-----------------	--

Il sottoscritto, altro genitore del soggetto di cui al QUADRO B,

_____ (cognome) _____ (nome)
 nato/a il _____, a _____ (_____)
 (data) (luogo) (prov.)

DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE

residente a _____ (_____), CAP _____
 (luogo) (prov.)

in _____ telefono _____
 (indirizzo)

DICHIARA

- ☐ di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della ditta/ente _____
- ☐ di non aver richiesto, per lo stesso soggetto di cui al QUADRO B, nei periodi indicati al QUADRO C, congedi straordinari retribuiti. **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi;
- ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto di cui al QUADRO B
 dal _____ al _____ dal _____ al _____
- ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari NON retribuiti per "gravi e documentati motivi familiari" (art.4 c.2 L.53/00) per lo stesso soggetto di cui al QUADRO B
 dal _____ al _____ dal _____ al _____
- ☐ 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 L.104/92 per l'assistenza alle persone in condizione di handicap grave

QUADRO F	DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (da non allegare se già presentata a precedenti domande di permessi ex legge 104/92)
-----------------	--

- ☐ Certificato rilasciato dalla competente commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap;
 - ☐ Copia del provvedimento di adozione o affidamento;
 - ☐ A- Dichiarazione attestante la quotidianità dell'assistenza per ragioni di obiettiva vicinanza tra le abitazioni (oppure)*
 - ☐ B- Dichiarazione attestante i modi e i tempi dell'assistenza prestata in caso di assistenza non quotidiana (distanza entro max entro 1 ora) oppure*
 - ☐ C- Programma di assistenza valutato dal dirigente del Centro medico-legale competente (distanza oltre 1 ora)*
 - ☐ Altro (indicare) _____
- * da presentare solo nel caso di non convivenza con il figlio a maggiorenne

25 GEN. 2008

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

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 in oltre che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti in alternativa all'altro genitore od 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, comma2, 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;
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave;
- le modifiche ai periodi di congedo richiesti (sulla domanda di modifica dovrà essere evidenziato "La presente sostituisce ed annulla quella presentata il.....").

I sottoscritti autorizzano l'A.O. Bolognini di Seriate al trattamento dei propri dati personali sensibili per finalità strettamente connesse con l'esecuzione dell'art.42 del T.U. sulla maternità e paternità – D.Lgs. 151/01 – e della L.104/92. (Art.13 D.Lgs.196/03)

Firma _____
DEL/DELLA GENITORE RICHIEDENTE

Firma _____
DELL'ALTRO GENITORE - AFFIDATARIO

Data _____

AVVERTENZE IMPORTANTI

(hand 4 – congedo straordinario genitori)

1) Rapporto di lavoro	Gli interessati devono essere titolari di un rapporto di lavoro dipendente, che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di congedo di cui trattasi.
2) Requisiti	- Genitori o affidatari di figli e figlie con handicap in situazione di gravità, accertata dalla competente Commissione Asl o, in attesa dell'accertamento, dal medico specialista Asl (<i>in questo caso la certificazione ha validità di sei mesi, ad eccezione delle patologie oncologiche per le quali non c'è limite di durata</i>); - Esclusività dell'assistenza; - Sistematicità ed adeguatezza dell'assistenza; - Soggetto portatore di handicap non ricoverato a tempo pieno; - Soggetto portatore di handicap che non presta attività lavorativa.
3) Soggetti GENITORI (anche adottivi/affidatari) CON FIGLI DI ETA' <u>INFERIORE AI 18 ANNI</u> . In caso di decesso/infermità dei genitori hanno diritto anche fratelli e sorelle. Per gli stessi va utilizzato il modello apposito.	I congedi spettano in via alternativa tra i due genitori lavoratori. E' prevista però la possibilità dei due genitori di assentarsi contemporaneamente dal lavoro, uno a titolo di congedo straordinario e l'altro a titolo di congedo di maternità o parentale per il medesimo soggetto. Non è necessaria la convivenza con il figlio.
GENITORI (anche adottivi/affidatari) CON FIGLI DI ETA' <u>SUPERIORE AI 18 ANNI</u> . In caso di decesso/infermità dei genitori hanno diritto anche fratelli e sorelle. Per gli stessi va utilizzato il modello apposito.	Se il figlio è <u>convivente</u> con il richiedente, l'assistenza continua è automaticamente dimostrata dalla residenza nello stesso luogo. Se il figlio <u>non è convivente</u> con il richiedente: i congedi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata con sistematicità ed adeguatezza rispetto alle concrete esigenze del disabile. E' necessario inoltre che si verifichi una delle seguenti condizioni: - il figlio non è coniugato o non convive con il coniuge; - il figlio è coniugato ed il coniuge convivente non presta attività lavorativa o è lavoratore autonomo; - il figlio è coniugato ed il coniuge convivente ha espressamente rinunciato a usufruire della prestazione nello stesso periodo di congedo.

4) Decorrenza e durata.	Il congedo e la relativa prestazione decorrono dalla data indicata nel QUADRO C del presente modulo. Il lavoratore ha diritto a usufruire del congedo entro sessanta giorni dalla richiesta ed i periodi spettano per un 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, e rientrano in ogni modo nel limite massimo globale, spettante a ciascun lavoratore ai sensi dell'art.4 c.2 della L.53/00, di due anni di permesso (per i quali il richiedente non ha diritto a retribuzione) riconoscibile "per gravi e documentati motivi familiari".
5) Misura dell'indennità e contribuzione figurativa.	Durante i periodi di congedo spetta un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione percepita. L'indennità spetta fino ad un importo massimo di Euro 41.233.26 (rivalutato annualmente) per il congedo di durata annuale. L'indennità viene rapportata a mesi e giorni in misura proporzionale se richiesta per periodi frazionati. Il periodo di congedo è coperto da contribuzione figurativa. L'indennità è anticipata dal datore di lavoro.
6) Domanda e documentazione	La domanda va presentata all'A.O. Bolognini. Alla domanda va allegata: - Documentazione relativa alla gravità dell'handicap (anche in copia dichiarata autentica, rilasciata a suo tempo dalla commissione medica della competente ASL, o, per i portatori di sindrome di Down, anche dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il medico curante ha rilasciato il certificato); - Copia del provvedimento di adozione o affidamento; Solo in caso di <u>non convivenza</u> con il soggetto portatore di handicap maggiorenne bisogna produrre altresì (per dimostrare la sistematicità ed adeguatezza dell'assistenza): A – Dichiarazione attestante la quotidianità dell'assistenza per ragioni di obiettiva vicinanza tra le abitazioni; B – Dichiarazione attestante i modi e i tempi dell'assistenza prestata in caso di assistenza non quotidiana (i due soggetti risiedono distanti ma

AVVERTENZE IMPORTANTI
(hand 4 – congedo straordinario genitori)

25 GEN. 2008

	comunque tale distanza può essere coperta nell'arco di massimo 1 ora); C – Programma di assistenza valutato dal dirigente del Centro medico-legale competente (i due soggetti risiedono oggettivamente molto distanti, oltre 1 ora)
7) Incompatibilità	Durante i periodi di congedo straordinario, nessuno dei due genitori o affidatari può fruire dei permessi giornalieri e orari per l'assistenza ai portatori di handicap, di cui all'art.33 L.104/92.
8) Frazionabilità	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, il sabato (in caso di settimana corta) e la domenica compresi tra i due periodi saranno conteggiati come congedo straordinario.

Mod. Hand 5 (Congedo straordinario fratelli)

ALL'AZIENDA OSPEDALIERA "BOLOGNINI" DI SERIATE
Via Marconi, 38 - 24068 SERIATE (BG)

**DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FRATELLI
PORTATORI DI HANDICAP GRAVE**
(art.42 T.U. sulla maternità e paternità - D.Lgs. 151/01, come modificato da L. 350/03)

QUADRO A	FRATELLO o SORELLA RICHIEDENTE		
COGNOME		NOME	DATA DI NASCITA
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	CODICE FISCALE
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. civico, Frazione ecc.)		COMUNE DI RESIDENZA	PROV.
CAP	N. TELEFONICO		

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE

- ☐ **di fruire del congedo** straordinario spettante ai fratelli o sorelle di soggetti portatori di handicap grave e della relativa indennità spettante in base all'art.42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n.151/2001 (vedi AVVERTENZE IMPORTANTI)

QUADRO B	DATI DEL FRATELLO o SORELLA CON HANDICAP GRAVE		
COGNOME		NOME	DATA DI NASCITA
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	CODICE FISCALE
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. civico, Frazione ecc.)		CAP	COMUNE DI RESIDENZA
			PROV.

☐ convivente con il fratello/sorella richiedente
☐ portatore di handicap grave, accertato dalla A.S.L. di _____ in data _____
☐ non ricoverato/a a tempo pieno
☐ non impegnato/a in attività lavorativa
☐ assistito con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal richiedente

QUADRO B1 COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA CON HANDICAP GRAVE			
Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

QUADRO C	PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI
-----------------	-------------------------------------

Il la sottoscritto/a chiede di poter fruire del congedo straordinario, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi: dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

QUADRO D	DICHIARAZIONE DEL FRATELLO o SORELLA RICHIEDENTE
-----------------	---

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

☐ di essere convivente con il fratello portatore di handicap indicato al QUADRO B

☐ che mio/a fratello/sorella non è coniugato/a o non convive con il coniuge

☐ che il coniuge di mio/a fratello/sorella non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo

☐ che il coniuge di mio/a fratello/sorella non ha mai fruito di giorni di congedo per la stessa persona

☐ che il coniuge di mio/a fratello/sorella ha usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave

☐ che il coniuge di mio/a fratello/sorella non ha chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati di congedi straordinari retribuiti e non intende richiederli negli stessi periodi

☐ che i miei genitori sono entrambi deceduti o totalmente inabili (*allegare certificazione*)

☐ che l'unico genitore vivente è totalmente inabile (*allegare certificazione*)

☐ che i miei genitori deceduti o totalmente inabili e altri fratelli/sorelle (anche se deceduti/e) di cui all'ALLEGATO 1 non hanno mai usufruito per l'assistenza al disabile di giorni di congedo straordinario retribuito

☐ che i miei genitori deceduti o totalmente inabili e altri fratelli/sorelle (anche se deceduti/e) di cui all'ALLEGATO 1 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 di cui al QUADRO B
dal _____ al _____ dal _____ al _____

☐ di aver già usufruito di congedi straordinari NON retribuiti per "gravi e documentati motivi familiari" (art.4 c.2 L.53/00) per lo stesso soggetto di cui al QUADRO B
dal _____ al _____ dal _____ al _____

☐ 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 L.104/92 per l'assistenza alle persone in condizione di handicap grave

QUADRO E	DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (da non allegare se già presentata a precedenti domande di permessi ex legge 104/92)
☐	Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap;
☐	Elenco fratelli/sorelle lavoratori dipendenti (ALLEGATO I)
☐	Altro (indicare) _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero. Dichiara inoltre che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti in alternativa all'altro fratello/sorella e per la durata complessiva tra tutti gli aventi diritto (genitori e fratelli) 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, comma2, Legge 53/2000). Si impegna 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 grave; - la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave - le modifiche ai periodi di congedo richiesti (sulla domanda di modifica dovrà essere evidenziato "La presente sostituisce ed annulla quella presentata il....."). Il sottoscritto autorizza l'A.O. Bolognini di Seriate al trattamento dei propri dati personali sensibili per finalità strettamente connesse con l'esecuzione dell'art.42 del T.U. sulla maternità e paternità – D.Lgs. 151/01 – e della L.104/92. (Art. 13 D.Lgs. 196/03) Firma _____ del/della fratello/sorella richiedente Data _____
--

LISTA DI TUTTI I FRATELLI/ SORELLE LAVORATORI DIPENDENTI IDONEI A RICHIEDERE I BENEFICI PER IL/LA SIG./SIG.RA

PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ ACCERTATO DALLA ASL DI
_____ IN DATA _____.

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato a il _____ a _____ (_____)
(data) (luogo) (prov.)

consapevole delle pene previste dall'art.76 del D.P.R.445 del 28/12/2000 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti e che la presente dichiarazione è soggetta al controllo dell'Azienda Ospedaliera ai sensi dell'art.71 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

che i fratelli/sorelle del portatore di handicap grave in oggetto lavoratori dipendenti idonei a richiedere i benefici di legge, sono elencati nella tabella acclusa alla presente.

Nessuno di tali soggetti ha richiesto o beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap.

Luogo e data _____

Firma _____

TABELLA ALLEGATO I

[illegible]

AVVERTENZE IMPORTANTI
(hand 5— congedo straordinario fratelli)

1) Rapporto di lavoro	Gli interessati devono essere titolari di un rapporto di lavoro dipendente, che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di congedo di cui trattasi.
2) Requisiti	- Fratelli e sorelle di soggetto portatore di handicap (convivente con il richiedente) in situazione di gravità, accertata dalla competente Commissione Asl o, in attesa dell'accertamento, dal medico specialista Asl (<i>in questo caso la certificazione ha validità di sei mesi, ad eccezione delle patologie oncologiche per le quali non c'è limite di durata</i>); - Esclusività dell'assistenza; - Sistematicità ed adeguatezza dell'assistenza; - Soggetto portatore di handicap non ricoverato a tempo pieno; - Soggetto portatore di handicap che non presta attività lavorativa.
3) Soggetti Fratelli o sorelle lavoratori dipendenti, <u>conviventi</u> con il disabile in caso di decesso/infermità di entrambi i genitori.	Il congedo spetta ai fratelli/sorelle lavoratori dipendenti che convivono 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. E' necessario che si verifichi una delle seguenti situazioni: - 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.
4) Decorrenza e durata.	Il congedo e la relativa prestazione decorrono dalla data indicata nel QUADRO C del presente modulo. Il lavoratore ha diritto a usufruire del congedo entro sessanta giorni dalla richiesta ed i periodi spettano per un 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, e rientrano in ogni modo nel limite massimo globale, spettante a ciascun lavoratore ai sensi dell'art.4 c.2 della L.53/00, di due anni di permesso(per i quali il richiedente non ha diritto a retribuzione) riconoscibile "per gravi e documentati motivi familiari".

AVVERTENZE IMPORTANTI

(hand 5- congedo straordinario fratelli)

25 GEN. 2008

5) Misura dell'indennità e contribuzione figurativa.	Durante i periodi di congedo spetta un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione percepita. L'indennità spetta fino ad un importo massimo di Euro 41.233,26 (rivalutato annualmente) per il congedo di durata annuale. L'indennità viene rapportata a mesi e giorni in misura proporzionale se richiesta per periodi frazionati. Il periodo di congedo è coperto da contribuzione figurativa. L'indennità è anticipata dal datore di lavoro.
6) Domanda e documentazione	La domanda va presentata all'A.O. Bolognini. Alla domanda va allegata la documentazione relativa alla gravità dell'handicap (anche in copia dichiarata autentica, rilasciata a suo tempo dalla commissione medica della competente ASL, o, per i portatori di sindrome di Down, anche dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il medico curante ha rilasciato il certificato). In caso di totale inabilità dei genitori bisogna allegare certificazione che attesti tale situazione (riconoscimento di invalidità civile, di pensione di invalidità o situazioni simili comunque denominate, da cui sia rilevabile lo stato di invalidità totale)
7) Incompatibilità	Durante i periodi di congedo straordinario, il richiedente non può fruire dei permessi giornalieri e orari per l'assistenza ai portatori di handicap, di cui all'art.33 L.104/92
8) Frazionabilità	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, il sabato (in caso di settimana corta) e la domenica compresi tra i due periodi saranno conteggiati come congedo straordinario.

ALL'AZIENDA OSPEDALIERA "BOLOGNINI" DI SERIATE
Via Marconi, 38 - 24068 SERIATE (BG)

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER CONIUGE CONVIVENTE DI PORTATORE DI HANDICAP GRAVE

(art.42 T.U. sulla maternità e paternità – D.Lgs. 151/2001 – Circ. INPS nr.112 del 03/08/07)

QUADRO A		CONIUGE RICHIEDENTE											
COGNOME				NOME				DATA DI NASCITA					
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA				PROV.	CODICE FISCALE								
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. civico, Frazione ecc.)								COMUNE DI RESIDENZA				PROV.	
CAP		N. TELEFONICO											

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE

- ☐ **di fruire del congedo** straordinario spettante al coniuge convivente di soggetti portatori di handicap grave e della relativa indennità spettante in base all'art.42 T.U. sulla maternità e paternità – decreto legislativo n.151/2001 (vedi AVVERTENZE IMPORTANTI)

QUADRO B		DATI DEL/LA CONIUGE CON HANDICAP GRAVE															
COGNOME		NOME				DATA DI NASCITA											
						giorno		mese		anno							
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.		CODICE FISCALE													
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. civico, Frazione ecc.)		CAP		COMUNE DI RESIDENZA				PROV.									

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA CHE IL SOGGETTO DI CUI AL QUADRO B È:

- ☐ Coniuge convivente
☐ portatore di handicap grave, accertato dalla A.S.L. di _____ in data _____
☐ non ricoverato/a a tempo pieno
☐ non impegnato/a in attività lavorativa
☐ assistito con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal coniuge richiedente

QUADRO C	PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI
Il la sottoscritto/a chiede di poter fruire del congedo straordinario, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi: dal _____ al _____	
dal _____	al _____
dal _____	al _____

QUADRO D	DICHIARAZIONE DEL CONIUGE RICHIEDENTE
IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA	
☐ di essere convivente con il coniuge in condizione di disabilità grave ☐ che i genitori e/o fratelli del mio coniuge non hanno mai usufruito di giorni di congedo per la stessa persona in condizione di disabilità grave ☐ che i genitori e/o fratelli del mio coniuge hanno usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto di cui al QUADRO B dal _____ al _____ dal _____ al _____ ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari NON retribuiti per "gravi e documentati motivi familiari" (art.4 c.2 L.53/00) per lo stesso soggetto di cui al QUADRO B dal _____ al _____ dal _____ al _____ ☐ 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 L.104/92 per l'assistenza alle persone in condizione di handicap grave:	

QUADRO E	DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (da non allegare se già presentata a precedenti domande di permessi ex legge 104/92)
☐ Certificato rilasciato dalla competente commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap; ☐ Altro (indicare) _____	

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ
Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero. Si impegna 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; - la revisione del giudizio di gravità della condizione dell'handicap da parte della commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave; - le modifiche ai periodi di congedo richiesti (sulla domanda di modifica dovrà essere evidenziato "La presente sostituisce ed annulla quella presentata il..."). Il sottoscritto autorizza l'A.O. Bolognini di Seriate al trattamento dei propri dati personali sensibili per finalità strettamente connesse con l'esecuzione dell'art.42 del T.U. sulla maternità e paternità - D.Lgs. 151/01 - e della L.104/92. (Art. 13 D.Lgs. 196/03) Firma _____ _____ DEL CONIUGE RICHIEDENTE Data _____

AVVERTENZE IMPORTANTI

(hand 6 – congedo straordinario coniuge)

1) Rapporto di lavoro	Gli interessati devono essere titolari di un rapporto di lavoro dipendente, che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di congedo di cui trattasi.
2) Requisiti	- Coniuge di soggetto con handicap in situazione di gravità, accertata dalla competente Commissione Asl, o, in attesa dell'accertamento, dal medico specialista Asl (<i>in questo caso la certificazione ha validità di sei mesi, ad eccezione delle patologie oncologiche per le quali non c'è limite di durata</i>); - Esclusività dell'assistenza; - Sistematicità ed adeguatezza dell'assistenza; - Soggetto portatore di handicap non ricoverato a tempo pieno; - Soggetto portatore di handicap che non presta attività lavorativa
3) Soggetti CONIUGE (legato da vincolo di matrimonio)	Il congedo spetta al coniuge. E' necessaria la convivenza con il soggetto portatore di handicap grave.
4) Decorrenza e durata.	Il congedo e la relativa prestazione decorrono dalla data indicata nel QUADRO C del presente modulo. Il lavoratore ha diritto a usufruire del congedo entro sessanta giorni dalla richiesta ed i periodi spettano per un 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, e rientrano in ogni modo nel limite massimo globale, spettante a ciascun lavoratore ai sensi dell'art.4 c.2 della L.53/00, di due anni di permesso(per i quali il richiedente non ha diritto a retribuzione) riconoscibile "per gravi e documentati motivi familiari".
5) Misura dell'indennità e contribuzione figurativa.	Durante i periodi di congedo spetta un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione percepita. L'indennità spetta fino ad un importo massimo di Euro 41.233,26 (rivalutato annualmente) per il congedo di durata annuale. L'indennità viene rapportata a mesi e giorni in misura proporzionale se richiesta per periodi frazionati. Il periodo di congedo è coperto da contribuzione figurativa. L'indennità è anticipata dal datore di lavoro.

AVVERTENZE IMPORTANTI

(hand 6 – congedo straordinario coniuge)

6) Domanda e documentazione	La domanda va presentata all'A.O. Bolognini. Alla domanda va allegata la documentazione relativa alla gravità dell'handicap (anche in copia dichiarata autentica, rilasciata a suo tempo dalla commissione medica della competente ASL, o, per i portatori di sindrome di Down, anche dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il medico curante ha rilasciato il certificato).
7) Incompatibilità	Durante i periodi di congedo straordinario, il coniuge convivente non può fruire dei permessi giornalieri per l'assistenza ai portatori di handicap, di cui all'art.33 L.104/92.
8) Frazionabilità	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, il sabato (in caso di settimana corta) e la domenica compresi tra i due periodi saranno conteggiati come congedo straordinario.