



**CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO, AI SENSI DELL'ART. 42, C. 5,  
DEL DECRETO LEGISLATIVO 26.3.2001, N. 151, PER ASSISTENZA AL FIGLIO CON HANDICAP IN  
SITUAZIONE DI GRAVITA' ACCERTATA, AI SENSI DELL'ART. 4, C. 1, DELLA LEGGE 5.2.1992, N. 104**

Magnifico Rettore  
Università di Parma  
SEDE

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a (comune, provincia, stato) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
in servizio presso l'Università di Parma, afferente al Dipartimento di \_\_\_\_\_  
con la qualifica di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 42, comma 5, del Decreto Legislativo 26.3.2001, n. 151, di poter fruire del seguente periodo di congedo straordinario retribuito \_\_\_\_\_

**per assistere il/la sottonotato/a figlio/a con handicap in situazione di gravità**, di cui all'art. 3, comma 3, della predetta Legge, accertata, ai sensi dell'art. 4, comma 1, della Legge 5.2.1992, n. 104, a decorrere dal \_\_\_\_\_, da parte della competente Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap della ASL di \_\_\_\_\_ con Verbale del \_\_\_\_\_:

cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato/a (comune, provincia, stato) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente in (indirizzo, n. civico, comune, provincia, CAP, stato) \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità:

- che il/la figlio/a da assistere è stato/a riconosciuto/a in condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5.2.1992, n. 104;
- che il/la figlio/a da assistere:
  - non è coniugato/a;
  - ovvero che il coniuge del/della figlio/a da assistere:
    - è mancante **(1)**;
    - è deceduto;
    - non è lavoratore dipendente;
    - è affetto da patologie invalidanti **(2)**;
- che il/la figlio/a da assistere:
  - non è ricoverato a tempo pieno;
  - è ricoverato a tempo pieno, ma la struttura sanitaria ha richiesto l'assistenza del familiare (allegare documentazione sanitaria);
- di aver già fruito del presente congedo straordinario retribuito per il/la summenzionato/a figlio/a, per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_;
- di aver fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili, del presente congedo straordinario retribuito, per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_;
- di aver già usufruito di periodi di congedo straordinario non retribuito "per gravi e documentati motivi familiari", ai sensi dell'art. 4, comma 2, Legge 8.3.2000, n. 53, nell'arco della propria vita lavorativa, per giorni n. \_\_\_\_\_;



7.  di essere genitore solo;  
 che l'altro genitore non ha fruito del presente congedo straordinario retribuito;  
 che l'altro genitore beneficia del presente congedo straordinario retribuito anche alternativamente con il/la sottoscritto/a;  
 che l'altro genitore ha fruito del presente congedo straordinario retribuito, per giorni n. \_\_\_\_\_;
8. che negli stessi giorni l'altro genitore non fruisce dei benefici, di cui all'art. 33, commi 2 e 3, della Legge 5.2.1992, n. 104 e di cui all'art. 33, comma 1, del Decreto Legislativo 26.3.2001, n. 151;
9. che altri familiari hanno già usufruito per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave, per giorni n. \_\_\_\_\_;
10. di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Magnifico Rettore dell'Università di Parma qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo e di essere altresì consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni;
11. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
12. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente istanza la seguente documentazione:

- Certificazione rilasciata dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, Legge 5.2.1992, n. 104) attestante lo stato di handicap in situazione di gravità;
- altro (indicare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara, infine, di essere consapevole:

- che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del Codice Penale;
- che l'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;
- che qualora emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rilasciate, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016). L'informativa completa è consultabile all'indirizzo [www.unipr.it](http://www.unipr.it) alla voce Privacy.

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**(1)** Tale condizione ricorre se il disabile è separato legalmente, divorziato ovvero è coniugato, ma si trova in situazione di abbandono, accertata dall'autorità giudiziaria.

**(2)** L'art. 2 del DPCM n. 278 del 21 luglio 2000 individua le seguenti patologie: "1) *Patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;* 2) *patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematocimici e strumentali;* 3) *patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario.*" La documentazione medica attestante le predette patologie può essere rilasciata dal medico specialista del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.