

**BOZZA**Edizione n. **02**

# LA TUTELA DELL'HANDICAP



| Redatta     | Verificata | Approvata | Distribuita | In vigore da |
|-------------|------------|-----------|-------------|--------------|
| HRO/ RI/ NS | HRO/RI     | HRO       | HRO/ RI     | Luglio 2007  |

# INDICE

|                                         |        |
|-----------------------------------------|--------|
| <b>ELENCO REVISIONI</b>                 | pag. 4 |
| <b>1. Definizione dell'istituto</b>     | pag. 6 |
| <b>2. Acronimi</b>                      | pag. 6 |
| <b>3. Scopo e campo di applicazione</b> | pag. 6 |

## PARTE PRIMA LE SITUAZIONI TUTELATE

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| <b>Premessa</b>                       | pag. 8  |
| <b>4. L'handicap grave</b>            | pag. 9  |
| <b>5. La sindrome di down</b>         | pag. 9  |
| <b>6. I grandi invalidi di guerra</b> | pag. 10 |

## PARTE SECONDA I BENEFICI PREVISTI

|                                                                           |         |
|---------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Premessa</b>                                                           | pag. 11 |
| <b>7. Benefici per i lavoratori portatori di handicap grave</b>           | pag. 12 |
| 7.1 Permessi orari giornalieri                                            | pag. 14 |
| 7.2 Permessi mensili                                                      | pag. 14 |
| <b>8. Benefici per i genitori di soggetti portatori di handicap grave</b> | pag. 16 |
| <u>A. FIGLI MINORI DI 3 ANNI</u>                                          | pag. 16 |
| 8.1 Il prolungamento del congedo parentale                                | pag. 17 |
| 8.2 Permessi orari giornalieri                                            | pag. 19 |
| <u>B. FIGLI MINORI DI 18 ANNI</u>                                         | pag. 21 |
| 8.3 Permessi mensili                                                      | pag. 21 |
| 8.3.1 Modalità di fruizione del beneficio e trattamento economico         | pag. 22 |
| <u>C. FIGLI MAGGIORI DI 18 ANNI</u>                                       | pag. 24 |
| 8.4 Permessi mensili                                                      | pag. 24 |

|                                                                               |         |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>9. Benefici per i familiari di soggetti portatori di handicap grave</b>    | pag. 27 |
| 9.1 Permessi mensili                                                          | pag. 27 |
| 9.1.1 I requisiti previsti per il riconoscimento del beneficio                | pag. 27 |
| <b>10. Casistiche particolari</b>                                             | pag. 32 |
| 10.1 Situazione di lontananza del luogo di lavoro dalla residenza             | pag. 32 |
| 10.2 Assistenza a familiare lavoratore che fruisce dei benefici per se stesso | pag. 32 |
| 10.3 Pluralità di portatori di handicap grave nel nucleo familiare            | pag. 33 |
| 10.4 Lavoratori in part-time                                                  | pag. 33 |
| 10.5 Assistenza per periodi inferiori a un mese                               | pag. 33 |
| <b>11. La scelta della sede ed il trasferimento</b>                           | pag. 34 |
| <b>Tabella A</b> – Tabella riepilogativa                                      | pag. 35 |
| <b>Tabella B</b> – Tabella delle compatibilità tra i benefici                 | pag. 37 |
| <b>12. Congedo straordinario</b>                                              | pag. 39 |
| 12.1 Modalità di fruizione del beneficio                                      | pag. 40 |
| 12.2 Trattamento economico                                                    | pag. 41 |
| 12.3 Rapporti con altri istituti                                              | pag. 41 |

## **PARTE TERZA INDICAZIONI OPERATIVE**

|                                |         |
|--------------------------------|---------|
| <b>Premessa</b>                | pag. 44 |
| <b>13. Aspetti procedurali</b> | pag. 45 |
| <b>ALLEGATI</b>                | pag. 47 |

## ELENCO REVISIONI

Lo schema sottostante contiene l'indicazione delle principali modifiche sostanziali apportate alla normativa preesistente con la specificazione dei capitoli e delle pagine del documento di revisione in cui le medesime sono contenute.

In coerenza con le modifiche apportate, sono stati inoltre aggiornati gli schemi riassuntivi relativi alla documentazione da produrre da parte dei lavoratori per richiedere i singoli benefici ed i modelli di domanda allegati al documento.

Le eventuali edizioni di documenti superati vanno conservate separatamente con la dizione "ANNULLATO".

| CAPITOLO                                                                                          | CONTENUTI DELLA REVISIONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PAGINA         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Scopo e campo di applicazione                                                                     | E' stato esplicitato lo scopo della revisione che è quello di aggiornare il documento alla luce delle previsioni contenute nell'art. 46 del CCNL dell'11 luglio 2007, che, tra le altre novità, impegna l'Azienda a tener conto delle indicazioni contenute nella Circolare INPS n. 90 del 23.05.07 che modificano sostanzialmente i criteri adottati in merito all'accertamento dei requisiti della continuità ed esclusività dell'assistenza offerta dal lavoratore alla persona portatrice di handicap grave da assistere.                                                                                                                                                                                                                                           | Pag.6          |
| 7. BENEFICI PER I LAVORATORI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE                                          | E' stata recepita la previsione di cui all'art. 46, comma III, del CCNL dell'11 luglio 2007, che prevede che il lavoratore comunichi all'Azienda, per iscritto, la modalità di fruizione (continuativa o frazionata) dei permessi ed il relativo calendario entro il mese precedente a quello di utilizzo dei benefici.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Pagg. 12 e ss. |
| 8. BENEFICI PER I GENITORI DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE<br>A. FIGLI MINORI DI TRE ANNI | E' stato specificato, in linea con quanto riportato nella Circ. INPS n. 90 del 23.05.07 cosa debba intendersi per ricovero a tempo pieno e quali siano i casi di ricovero che, costituendo eccezione alla previsione di legge che non permette la fruizione dei benefici durante i periodi di ricovero, consentano comunque al genitore richiedente di fruire dei benefici previsti.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Pagg 16 e ss.  |
| RAPPORTI CON ALTRI ISTITUTI                                                                       | E' stata recepita la previsione di cui all'art. 46, comma III, del CCNL dell'11 luglio 2007, che prevede che il lavoratore comunichi all'Azienda, per iscritto, la modalità di fruizione (continuativa o frazionata) dei permessi ed il relativo calendario entro il mese precedente a quello di utilizzo dei benefici.<br><br>E' stato recepito il Messaggio INPS n. 11784 del 9.05.07 che prevede, in casi specifici, la possibilità per il genitore di fruire per lo stesso figlio portatore di handicap grave dei permessi orari per assistenza di cui alla legge 104/92 e dei permessi per allattamento di cui al T.U. 151/2001.                                                                                                                                   | Pag. 19        |
| B.FIGLI MINORI DI 18 ANNI                                                                         | E' stato ribadito che la presenza nel nucleo familiare del minore disabile dell'altro genitore non lavoratore o di altri familiari in grado di prestargli assistenza non pregiudica la possibilità per il genitore richiedente di fruire dei benefici di cui alla legge 104/92. E' stato inoltre specificato che, ai fini del riconoscimento del beneficio, è irrilevante il fatto che il minore sia assistito da strutture pubbliche o private, nonché dal cosiddetto "no profit" o da personale badante.<br><br>In linea con le indicazioni contenute nella Circ. INPS n. 90 del 23.05.07, è stato precisato cosa debba intendersi per ricovero a tempo pieno e quali siano le eccezioni che consentano, pur in presenza di ricovero h 24, la fruizione dei benefici. | Pagg. 21 e ss. |

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                                                                    | <p>Sono state inserite le previsioni di cui all'art. 46, commi II e III, del CCNL dell'11 luglio 2007. In particolare, oltre all'obbligo di comunicazione da parte del lavoratore all'Azienda delle modalità e del calendario di fruizione dei permessi entro il mese precedente a quello di utilizzo, ed alla possibilità di effettuare variazioni nel corso del mese per sopravvenute esigenze, preventivamente e tempestivamente comunicate all'Azienda, è stato precisato che è sempre possibile (e non deve quindi più essere concordata con il datore di lavoro) effettuare la scelta di fruire i permessi in forma oraria frazionata, entro il limite massimo di ore mensili derivante dal risultato della formula: [num. ore settimanali/ num. giorni lavorativi settimanali] X 3. In tali casi, è stato previsto che la collocazione delle ore di permesso debba essere preventivamente concordata dal lavoratore con il datore di lavoro.</p> |                   |
| C. FIGLI MAGGIORI DI 18 ANNI                                                                       | <p>In linea con le indicazioni contenute nella Circ. INPS n. 90 del 23.05.07, è stato precisato cosa debba intendersi per ricovero a tempo pieno e quali siano le eccezioni che consentano, pur in presenza di ricovero h 24, la fruizione dei benefici.</p> <p>E' stato ribadito che, in caso di convivenza del genitore richiedente con il figlio disabile, è del tutto irrilevante, ai fini del riconoscimento dei permessi, la presenza nel nucleo familiare dell'altro genitore non lavoratore o di altri familiari in grado di prestare assistenza.</p> <p>E' stato evidenziato che, in caso di non convivenza del genitore con il figlio maggiorenne, portatore di handicap grave, per il riconoscimento dei permessi è necessario verificare la sussistenza dei requisiti di continuità ed esclusività dell'assistenza secondo le nuove modalità di accertamento di cui alla Circ. INPS n. 90 del 23.05.07.</p>                                 | Pagg. 24<br>e ss  |
| 9 BENEFICI PER I FAMILIARI DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP GREVE                                 | <p>Sono stati riportati i nuovi criteri di accertamento della continuità ed esclusività dell'assistenza e sono stati conseguentemente riformulati i requisiti per il riconoscimento dei benefici da parte sia del lavoratore convivente con il familiare disabile, sia da parte del lavoratore non convivente con il familiare da assistere.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Pagg. 27<br>e ss. |
| 10 CASISTICHE PARTICOLARI<br><br>10.1 SITUAZIONE DI LONTANANZA DEL LUOGO DI LAVORO DALLA RESIDENZA | <p>Fermo restando che nei casi di lontananza tra il luogo di residenza e quello in cui il lavoratore presta la sua attività lavorativa, ai fini del riconoscimento dei benefici, deve aversi riguardo al luogo di lavoro, sono stati aggiornati i requisiti necessari per il riconoscimento del beneficio sulla base dei nuovi criteri di accertamento della continuità ed esclusività dell'assistenza.</p> <p>E' stato eliminato il paragrafo 10.2 "Mancato possesso della patente di guida da parte del familiare non lavoratore convivente con il disabile" in quanto, a seguito del nuovo concetto di esclusività dell'assistenza, la convivenza del disabile con altri soggetti in grado di prestargli assistenza non inficia la possibilità da parte del lavoratore di fruire dei permessi mensili.</p>                                                                                                                                           | Pag. 32           |
| 12. CONGEDO STRAORDINARIO                                                                          | <p>E' stata recepita la sentenza della Corte Costituzionale n. 158 del 18.04.2007, che ha previsto che tra il novero dei soggetti aventi diritto al congedo straordinario debba rientrare anche il coniuge del soggetto portatore di handicap grave, con lui convivente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Pagg. 39<br>e ss. |
| 13. ASPETTI PROCEDURALI                                                                            | <p>Il processo di ricezione, valutazione e di riscontro delle richieste dei benefici è stato affidato alle Strutture di Gestione competenti.</p> <p>Sono stati specificati gli adempimenti da porre in essere in caso di concessione dei benefici, con particolare riferimento all'informativa da dare ai dipendenti in merito ai loro obblighi di comunicazione verso l'Azienda.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Pag. 45           |
| ALLEGATI                                                                                           | <p>Sono stati aggiornati i moduli di domanda sulla base delle nuove indicazioni contenute nel documento ed inseriti 2 nuovi modelli di comunicazioni (All. 10 e 11).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Pagg. 47<br>e ss. |

## 1. DEFINIZIONE DELL'ISTITUTO

La legge riconosce ai lavoratori la possibilità di avvalersi di specifiche agevolazioni in ragione della situazione personale di handicap in cui gli stessi si trovino o per la necessità di prestare assistenza a familiari disabili.

## 2. ACRONIMI

|      |                                             |
|------|---------------------------------------------|
| HRO  | Human Resources and Organization            |
| RUR  | Risorse Umane Regionali                     |
| RI   | Relazioni Industriali                       |
| AP   | Amministrazione del Personale               |
| SSN  | Sistema Sanitario Nazionale                 |
| ASL  | Azienda Sanitaria Locale                    |
| INPS | Istituto Nazionale della Previdenza Sociale |

## 3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento fornisce le indicazioni di carattere normativo ed operativo volte ad uniformare i comportamenti aziendali in materia di tutela dell'handicap.

La presente versione del documento, che costituisce la revisione n.1 dello stesso e sostituisce la precedente edizione del dicembre 2005, si è resa necessaria al fine di uniformare le disposizioni aziendali alle previsioni in materia di tutela dell'handicap di cui all'art. 46 del CCNL dell'11 luglio 2007 che, tra le altre, contiene l'impegno dell'Azienda a tener conto delle indicazioni contenute nella Circolare INPS n. 90 del 23 maggio 2007 che, recependo l'orientamento giurisprudenziale consolidatosi in materia, hanno riveduto, modificandoli sostanzialmente, i precedenti criteri adottati in merito all'accertamento dei requisiti della continuità ed esclusività dell'assistenza offerta dal lavoratore alla persona portatrice di handicap grave.

In considerazione delle novità intervenute, specifica attenzione sarà quindi dedicata alla nuovo significato attribuito ai requisiti di esclusività e continuità dell'assistenza.

In particolare, a seguito delle nuove interpretazioni fornite dall'INPS, qui recepite, le principali novità si sostanziano nel fatto che:

- l'esclusività dell'assistenza si realizza anche quando nel nucleo familiare della persona con handicap in situazione di gravità si trovino familiari conviventi non lavoratori in grado di prestare assistenza;
- la continuità dell'assistenza sussiste anche in presenza di un'assistenza non necessariamente quotidiana, purché avente i caratteri della sistematicità e dell'adeguatezza rispetto alle concrete esigenze della persona portatrice di handicap grave.

La nuova interpretazione dei requisiti di continuità ed esclusività dell'assistenza ed i conseguenti nuovi criteri di accertamento degli stessi, determinano una più

ampia possibilità di fruizione dei benefici e comportano, rispetto alla precedente prassi applicativa, una differente documentazione da produrre da parte del lavoratore richiedente, che viene elencata in apposite schede riportate al termine della descrizione di ciascuna tipologia di beneficio esaminata.

In allegato sono stati pertanto aggiornati i moduli di domanda dei benefici che dovranno essere compilati a cura dei lavoratori richiedenti gli stessi.

Le disposizioni contenute nel presente documento si applicano al personale di Poste Italiane e costituiscono indirizzo ed orientamento per le Società del Gruppo, fermo restando gli eventuali adattamenti resi necessari dalla struttura organizzativa e dalle esigenze proprie di ciascuna realtà aziendale.

## PARTE I

### LE SITUAZIONI TUTELATE

#### Premessa

La tutela dell'handicap trova la sua fonte regolamentare nella legge 104 del 5 febbraio 1992 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), così come modificata ed integrata dal D.lgs.n. 151/2001 e dalla L. 53/2000. Nel CCNL dell'11 luglio 2007 l'istituto è disciplinato dall'art. 46.

La legge prevede diversi benefici a tutela dell'handicap a seconda della natura e della consistenza della minorazione.

**L'handicap che rileva nel rapporto di lavoro a cui sono riconosciuti i benefici esaminati nel presente documento è esclusivamente quello caratterizzato dalla situazione di gravità.**

## 4. L'HANDICAP GRAVE

La legge 104/92, all'art. 3, comma 3, definisce il soggetto portatore di handicap grave come colui che presenta una minorazione, singola o plurima, fisica, psichica o sensoriale che abbia ridotto l'autonomia personale del medesimo, in correlazione all'età, in modo tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione.

La condizione di handicap in situazione di gravità, per sussistere ed assumere rilevanza ai fini della concessione dei benefici di legge, deve risultare accertata da apposite Commissioni mediche istituite presso le Aziende Sanitarie Locali di appartenenza dei disabili.

La Commissione deve pronunciarsi entro 180 giorni dalla data di presentazione della domanda di accertamento dell'handicap formulata dall'interessato. Qualora detta Commissione non si pronunci entro 90 giorni dalla presentazione della domanda, la condizione di handicap grave può essere accertata, **in via provvisoria**, da un medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza dell'interessato. Tale accertamento provvisorio ha valenza sostitutiva temporanea e produce effetto fino all'emissione dell'accertamento definitivo da parte della Commissione medica preposta.

Ogni altra certificazione di tipo diverso da quelle sopra richiamate non assume rilevanza ai fini dell'accertamento della situazione di handicap grave e conseguentemente non è idonea a supportare la richiesta dei benefici di legge.

## 5. LA SINDROME DI DOWN

I soggetti con sindrome di Down possono essere dichiarati portatori di handicap in situazione di gravità oltre che dall'apposita commissione Asl anche dal proprio medico di base<sup>1</sup> su richiesta corredata dalla presentazione del "cariotipo" (patrimonio cromosomico di un organismo). Tali soggetti sono esentati da ulteriori visite e controlli.

Qualora la certificazione attestante la situazione di gravità connessa alla sindrome di Down sia rilasciata dal medico curante, è necessario che, al momento della richiesta di fruizione dei benefici previsti dalla legge, il dipendente produca, oltre all'attestazione del medico, anche copia del cariotipo.

Nei casi in cui, invece, la prescritta certificazione attestante la situazione di gravità venga rilasciata dalla competente Commissione ASL, è sufficiente che il dipendente allegghi alla domanda dei benefici la sola attestazione del citato organo sanitario.

---

<sup>1</sup> Per medico di base deve intendersi quello di medicina generale, scelto nell'ambito degli appositi elenchi dei medici generici o pediatri predisposti dalle strutture del S.S.N.

## 6. I GRANDI INVALIDI DI GUERRA

I grandi invalidi di guerra di cui all'art. 14 del Testo Unico approvato con DPR 23 dicembre 1978 n. 915 ed i soggetti ad essi equiparati - cioè titolari di pensioni o di assegno temporaneo di guerra per lesioni o infermità ascritte alla 1<sup>a</sup> categoria con o senza assegno di superinvalidità - sono considerati dalla legge<sup>2</sup> persone handicappate in situazione di gravità.

Il riconoscimento della condizione di handicap grave per tali soggetti non è effettuato dalle apposite Commissioni mediche istituite presso le Aziende Sanitarie Locali ma discende automaticamente dall'accertamento della condizione di grande invalido di guerra, ovvero dalla documentazione rilasciata agli interessati dai Ministeri competenti al momento della concessione dei benefici pensionistici e precisamente dall'attestato di pensione rilasciato dal Ministero del Tesoro o da copia del decreto concessivo della stessa.

---

<sup>2</sup> Art. 38, 5° comma, legge 488 del 1998.

## **PARTE II**

### **I BENEFICI PREVISTI**

#### **Premessa**

Per tutelare le situazioni di handicap grave, la legge prevede specifiche agevolazioni sia in favore del lavoratore portatore dell'handicap grave che dei lavoratori che prestino assistenza a familiari - parenti o affini entro il terzo grado – di cui sia stato accertato l'handicap in situazione di gravità.

I benefici si differenziano in relazione alle categorie di soggetti cui sono rivolti.

## 7. BENEFICI PER I LAVORATORI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE

Il lavoratore riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità può usufruire, **alternativamente**, di:

- permessi orari giornalieri di **due ore**, in caso di prestazione lavorativa avente durata pari o superiore alle sei ore, o di **un'ora**, in caso di prestazione lavorativa inferiore alle sei ore;
- **3 giorni** di permesso mensile.

La fruizione di uno dei suddetti benefici determina l'impossibilità per il lavoratore stesso di fruire dei permessi previsti per l'assistenza a figli e familiari portatori di handicap grave di cui al cap. 8 e 9 del presente documento.

L'alternatività dei benefici in esame comporta che il lavoratore portatore di handicap debba scegliere la tipologia di permesso di cui intenda avvalersi in base alle proprie esigenze personali.

Tale scelta viene espressa in sede di compilazione del modulo di domanda dei permessi (All.1) e può essere variata con le modalità riportate nell'apposito riquadro che segue.

Come specificatamente previsto dal comma III dell'art. 46 del CCNL dell'11 luglio 2007, il lavoratore deve comunicare **mezzo per mezzo** alla Funzione di Gestione competente la modalità di fruizione (continuativa o frazionata, a giorni o ad ore) e il relativo calendario delle giornate/ore di permesso che intende fruire. Tale comunicazione, da redigersi per iscritto utilizzando l'Allegato 10, unito al presente documento, deve essere siglata per presa visione dal Responsabile della Struttura di appartenenza del lavoratore e inoltrata, a cura del lavoratore stesso, alla competente Funzione di Gestione **entro il mezzo precedente a quello di utilizzo dei permessi**.

Fermo restando che la scelta relativa alla modalità di fruizione e l'indicazione del calendario viene effettuata (e può quindi essere variata) mezzo per mezzo, è consentita la variazione della modalità di fruizione e/o del relativo calendario anche nell'ambito dello stesso mezzo, per sopravvenute esigenze che devono essere preventivamente e tempestivamente comunicate dal lavoratore alla Funzione di Gestione competente ed al proprio Responsabile<sup>3</sup>.

Ricevute le comunicazioni di cui sopra, relative alla modalità - continuativa o frazionata- ed al calendario di fruizione dei permessi, nonché le eventuali variazioni, sarà cura delle Funzioni di Gestione interessate trasmettere le stesse alla Struttura di Amministrazione del Personale territorialmente competente, per l'inserimento a sistema del giustificativo di assenza.

<sup>3</sup> Non quindi più necessario che il lavoratore documenti l'esigenza sopravvenuta, né che la stessa non sia prevedibile all'atto della comunicazione relativa alla modalità e/o al calendario di fruizione dei permessi.

### **Modifiche della tipologia di permesso prescelta**

Qualora il lavoratore intenda variare la tipologia di permesso prescelta nel modulo di domanda (e cioè intenda passare dai 3 giorni di permesso mensili ai permessi orari giornalieri, o viceversa) dovrà darne comunicazione per iscritto alla competente Funzione di Gestione.

Tale comunicazione, da redigersi utilizzando l'Allegato 11 unito al presente documento, deve essere siglata per presa visione dal Responsabile della Struttura di appartenenza del lavoratore.

Sarà cura delle Funzioni di Gestione interessate trasmettere tale comunicazione alla Struttura di Amministrazione del Personale territorialmente competente, per l'inserimento a sistema del giustificativo di assenza..

Si segnala che, ove il mutamento della tipologia di permesso prescelta avvenga nel corso del mese, le ore o i giorni ancora da fruire nella parte restante del mese stesso devono essere riproporzionati secondo i criteri di seguito riportati:

- nell'ipotesi in cui il lavoratore chieda di passare dalla fruizione dei permessi orari a quella dei permessi mensili, le ore fruite dal medesimo devono essere convertite in giorni avendo riguardo alla durata della prestazione giornaliera (n. ore fruite : n. ore della prestazione giornaliera) con eventuale arrotondamento all'unità inferiore se la frazione di giorno è pari o inferiore allo 0,50 ovvero all'unità superiore se la frazione supera lo 0,50. Ad es., il lavoratore con orario giornaliero di 6 ore su 6 giorni alla settimana che abbia già beneficiato di 10 ore di permesso avrà diritto ancora ad 1 giorno di permesso nella parte restante del mese ( $10:6 = 1,6$  che arrotondato per eccesso diverrà 2, quindi avendo fruito di 2 giorni potrà fruire ancora di 1 giorno);
- nell'ipotesi in cui il lavoratore chieda di passare dalla fruizione dei permessi mensili a quella dei permessi orari, le giornate di permesso ancora da fruire devono essere convertite in ore avendo sempre riguardo alla durata della prestazione giornaliera di lavoro. Ad es., il lavoratore con orario giornaliero di 7,12 ore su 5 giorni alla settimana che abbia già beneficiato di 1 giorno di permesso, avrà ancora diritto a 14 ore di permesso da fruirsi, sempre nel limite di due ore giornaliere, nella parte restante del mese ( $2 \times 7,12 = 14,24$ , che arrotondate per difetto diverranno 14 ore).

L'esito del suddetto riproporzionamento dovrà essere comunicato per iscritto dalla Funzione di Gestione competente al lavoratore interessato, al Responsabile dello stesso nonché alla Struttura di Amministrazione del Personale territorialmente competente.

Qualora dall'Allegato 11 risulti una calendarizzazione in eccesso o in difetto rispetto alla reale spettanza residua per il mese in corso, il lavoratore interessato dovrà essere invitato a comunicare le opportune modifiche e/o integrazioni al calendario di fruizione.

## 7.1 Permessi orari giornalieri

Le due ore di permesso giornaliero (o l'ora di permesso, qualora la prestazione lavorativa sia inferiore alle 6 ore) sono riconosciute **per ogni giornata di lavoro effettivamente prestata**.

Il mancato godimento, in tutto o in parte, dei permessi orari giornalieri non determina la possibilità per il lavoratore di fruire nei giorni successivi dei permessi non goduti, né dà diritto alla monetizzazione dei permessi non fruiti.

Il beneficio può essere fruito in maniera continuativa (2 ore consecutive) o frazionata ad ore. Ciò significa che in caso frazionamento del beneficio, ciascuna frazione non può essere inferiore ad un'ora.

Come già sopra riportato, si ricorda che la modalità di fruizione, continuativa o frazionata nonché la collocazione delle ore di permesso deve essere comunicata per iscritto dal lavoratore richiedente, utilizzando l'apposito modello (All.10) , alla competente Funzione di Gestione, mese per mese e comunque entro il mese precedente a quello di utilizzo.

La modalità di fruizione ed il relativo calendario dei permessi possono inoltre essere variati, anche nell'ambito dello stesso mese, per sopravvenute esigenze preventivamente e tempestivamente comunicate dal lavoratore alla Funzione di Gestione competente ed al proprio Responsabile.

Ricevute le comunicazioni di cui sopra, relative alla modalità - continuativa o frazionata- ed al calendario di fruizione dei permessi, nonché le eventuali variazioni, sarà cura delle Funzioni di Gestione interessate trasmettere le stesse alla Struttura di Amministrazione del Personale territorialmente competente, per l'inserimento a sistema del giustificativo di assenza.

Tali permessi sono retribuiti e danno diritto al trattamento di refezione previsto dalla vigente normativa aziendale.

## 7.2 Permessi mensili

I tre giorni di permesso mensile spettano con riferimento alle **giornate lavorative** e possono essere fruiti sia in forma continuativa (tre giorni lavorativi consecutivi) che frazionata. Il frazionamento del beneficio è consentito esclusivamente a **giorni interi** e non ad ore, in quanto il lavoratore portatore di handicap grave, nell'ipotesi in cui voglia avvalersi di permessi orari, può optare per la fruizione dei permessi orari giornalieri in alternativa ai tre giorni di permesso mensili.

La modalità di fruizione delle giornate di permesso (continuativa o frazionata a giorni interi) ed il relativo calendario devono essere comunicate per iscritto dal lavoratore richiedente, utilizzando modello di cui all'Allegato 10 del presente documento, alla Funzione di Gestione competente, mese per mese e comunque entro il mese precedente a quello di utilizzo.

La variazione della modalità di fruizione e del relativo calendario dei permessi è consentita nell'ambito dello stesso mese per sopravvenute esigenze che devono essere preventivamente e tempestivamente comunicate dal lavoratore alla Funzione di Gestione competente ed al proprio Responsabile.

I giorni di permesso devono essere fruiti esclusivamente nel mese di riferimento: le giornate eventualmente non godute dal lavoratore nell'arco di ciascun mese non potranno pertanto essere riportate e fruiti nei mesi successivi, né monetizzate.

I permessi mensili sono retribuiti ed utili per la maturazione delle ferie, della tredicesima e quattordicesima mensilità.

*Nello schema sottostante viene indicata la documentazione da produrre per il riconoscimento dei permessi al lavoratore portatore di handicap grave*

#### **DOCUMENTAZIONE**

- domanda dei benefici (ALL. 1);
- comunicazione contenente indicazione della modalità, continuativa o frazionata a giorni o ad ore, nonché del calendario di fruizione, da presentarsi entro il mese precedente a quello di utilizzo (ALL. 10);
- certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità.

## 8. BENEFICI PER I GENITORI DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE

### **A. FIGLI MINORI DI TRE ANNI**

Ai genitori, anche adottivi o affidatari, di minori di anni tre portatori di handicap grave, non ricoverati a tempo pieno per le intere 24 ore in istituti specializzati (vedi *infra*), spettano in via alternativa i seguenti benefici:

- prolungamento del congedo parentale;
- permessi orari giornalieri di **due ore**, in caso di prestazione lavorativa avente durata pari o superiore alle sei ore, o di **un'ora**, in caso di prestazione lavorativa inferiore alle sei ore

L'alternatività della fruizione dei suddetti benefici comporta che:

1. se i benefici spettano ad entrambi i genitori (in quanto lavoratori dipendenti), solamente uno di essi può richiederne la relativa fruizione (alternatività tra i genitori);
2. non è possibile la fruizione cumulativa dei benefici in esame e pertanto il richiedente è tenuto a scegliere tra l'una o l'altra tipologia di agevolazione (alternatività tra i benefici).

La facoltà per il genitore di avvalersi dei benefici è riconosciuta a prescindere dal fatto che vi siano altri familiari, conviventi con il minore, in grado di prestargli assistenza. In particolar modo è irrilevante, ai fini della concessione del beneficio prescelto, la presenza dell'altro genitore non avente diritto alla fruizione dei benefici in esame, in quanto non lavoratore o lavoratore autonomo.

Per quanto attiene la condizione di **ricovero a tempo pieno presso istituti specializzati** si precisa che (Circolare INPS 90/2007) questa è rinvenibile nei soli casi di **ricovero per le intere 24 ore**.

A ciò fa eccezione, e quindi consente il riconoscimento e la fruizione del beneficio richiesto:

- il ricovero a tempo pieno finalizzato ad un intervento chirurgico oppure a scopo riabilitativo del bambino di età inferiore ai tre anni con handicap in situazione di gravità, per il quale risulti documentato dai medici della struttura sanitaria il bisogno di assistenza da parte di un genitore o anche di un familiare parente o affine entro il 3° grado;
- il ricovero a tempo pieno del minore che si trovi in coma vigile e/o in situazione terminale, su valutazione della struttura sanitaria presso la quale il minore si trova ricoverato.

## 8.1 Prolungamento del congedo parentale

Il prolungamento del congedo parentale può essere fruito, in maniera continuativa o frazionata, fino al compimento del terzo anno di età del figlio (cfr documento normo attuativo Tutela della maternità e della paternità).

Il genitore può avvalersi del prolungamento anche quando non abbia ancora esaurito in tutto o in parte il periodo di congedo parentale allo stesso riconosciuto<sup>4</sup>. Tuttavia, la decorrenza del prolungamento è collocabile solo dopo il periodo massimo di congedo parentale **teoricamente fruibile dal richiedente**.

Ciò non significa che il richiedente debba aver effettivamente esaurito tutto il periodo di congedo parentale cui ha diritto, bensì che la fruizione del prolungamento decorre esclusivamente al termine dei mesi che teoricamente il genitore avrebbe potuto fruire come congedo parentale, considerando come inizio del periodo teorico di congedo parentale il momento dell'insorgenza del diritto al congedo stesso (che per la madre coinciderà con il termine del congedo di maternità e per il padre con la nascita del figlio).

Così, ad esempio, nell'ipotesi in cui una lavoratrice madre abbia partorito in data 15 luglio dell'anno x, considerato che il congedo di maternità della stessa avrà termine in data 15 ottobre dello stesso anno e che il periodo di congedo parentale teoricamente fruibile dalla dipendente è pari a sei mesi, il prolungamento del congedo parentale avrà, in ogni caso, decorrenza dal 16 aprile dell'anno x+1, a prescindere dall'effettiva fruizione prima di detta data di eventuali periodi di congedo parentale.

Ciascun genitore può, inoltre, interrompere la fruizione del prolungamento del congedo parentale per beneficiare dei periodi di congedo parentale restanti, fruibili fino all'ottavo anno di vita del bambino.

### Trattamento economico e normativo

Per tutto il periodo di prolungamento del congedo parentale è corrisposta al lavoratore una indennità pari al 30% della retribuzione spettante al medesimo.

Il periodo di prolungamento del congedo parentale è coperto da contribuzione figurativa ed è computato nell'anzianità di servizio, esclusi gli effetti relativi alle ferie, alla tredicesima ed alla quattordicesima mensilità.

---

<sup>4</sup> Si rammenta che, ai sensi del T.U. 151/01, i periodi di congedo parentale spettanti ai genitori sono determinati nei modi seguenti:

- per il lavoratore padre, a decorrere dalla nascita del figlio, 6 mesi (estensibili a 7 nell'ipotesi in cui il medesimo abbia fruito di un periodo di congedo non inferiore a 3 mesi);
- per la lavoratrice madre, a decorrere dal termine del congedo di maternità, un periodo di congedo parentale pari a 6 mesi che sono ridotti a 4 nell'ipotesi in cui il padre abbia diritto a 7 mesi di congedo parentale;
- per il genitore solo, un periodo non superiore a 10 mesi.

Nel caso di fruizione cumulativa da parte di entrambi i genitori, il limite di durata complessiva del congedo parentale è fissato dalla legge in 10 o 11 mesi a seconda che il padre fruisca di 6 o di 7 mesi.

*Nello schema sottostante viene indicata la documentazione da produrre, a cura del lavoratore, per il riconoscimento del prolungamento del congedo parentale per l'assistenza al figlio minore di tre anni portatore di handicap grave.*

#### **DOCUMENTAZIONE**

- domanda di prolungamento del congedo parentale (ALL. 2);
- certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità del figlio;
- certificato di nascita del bambino (qualora non sia già in possesso dell'Azienda);
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che l'altro genitore non usufruisce, nello stesso periodo, del prolungamento del congedo parentale e dei permessi orari giornalieri di cui al paragrafo 8.2
- documentazione attestante l'eventuale condizione di genitore solo;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante che il bambino non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, o ove ricoverato a tempo pieno:
  - o documentazione della struttura ospedaliera attestante la necessità di assistenza da parte di un genitore o anche di un familiare parente o affine entro il 3° grado per i casi in cui il ricovero sia connesso ad un intervento chirurgico oppure a scopo riabilitativo;
  - o certificazione medica dalla quale si evinca la condizione di coma vigile e/o di situazione terminale del minore, corredata dalla valutazione della necessità di assistenza rilasciata dalla Struttura presso la quale il minore è ricoverato.

## 8.2 Permessi orari giornalieri

In alternativa al prolungamento del congedo parentale, i genitori di bambini minori di tre anni portatori di handicap grave, non ricoverati a tempo pieno in istituti specializzati<sup>5</sup>, hanno diritto, alternativamente tra loro, alla fruizione di permessi giornalieri nella misura di **2 ore**, in caso di prestazione lavorativa avente durata pari o superiore alle sei ore, o di **un'ora**, in caso di prestazione lavorativa inferiore alle sei ore.

Ai permessi in esame si applica la stessa disciplina prevista per i permessi orari giornalieri spettanti ai lavoratori portatori di handicap grave descritta al paragrafo 7.1.

### Rapporti con altri istituti

I permessi in esame sono, in via generale, incompatibili con i riposi giornalieri per allattamento previsti fino al compimento di un anno di età del bambino<sup>6</sup>. Ciò comporta che durante il primo anno di vita del figlio possono essere fruiti esclusivamente i riposi per allattamento ed è pertanto preclusa ad entrambi i genitori la possibilità di beneficiare, per lo stesso figlio, dei permessi orari giornalieri finalizzati alla tutela dell'handicap.

Tuttavia, come specificato dall'INPS con Messaggio n.11784 del 9 maggio 2007, qualora venga ravvisata in capo al bambino, attesa la speciale gravità dell'handicap, l'effettiva necessità di cure che non possono essere garantite durante le sole ore di allattamento previste per la generalità dei neonati, è possibile da parte del lavoratore richiedente fruire del cumulo dei due benefici (permessi orari per allattamento e permessi orari per assistenza al figlio portatore di handicap grave).

Al riguardo, si specifica che in tali casi la valutazione circa la particolare necessità di cure del minore in relazione alla tipologia di handicap sofferta, deve essere effettuata dal medico specialista della patologia sofferta dal minore.

La fruizione dei permessi orari giornalieri per l'assistenza al figlio portatore di handicap grave minore di tre anni è invece sempre compatibile con il godimento dei riposi orari per allattamento **per un altro figlio**, in considerazione del fatto che si tratta di due soggetti diversi, entrambi tutelati dalla legge.

L'utilizzo dei permessi orari da parte di un genitore può altresì avvenire quando l'altro genitore fruisca, nello stesso periodo, dei normali periodi di congedo parentale o del congedo per malattia del figlio.

---

<sup>5</sup> Per le eventuali eccezioni, si veda quanto sopra riportato nel presente capitolo, a pag. 16.

<sup>6</sup> Si ricorda che il diritto ai riposi per allattamento è riconosciuto in capo alla lavoratrice madre e, solo in presenza di particolari condizioni – per le quali si rinvia al documento normo-attuativo in materia di Tutela della maternità e della paternità – in capo al lavoratore padre.

*Nello schema sottostante viene indicata la documentazione da produrre a cura del lavoratore per il riconoscimento dei permessi per l'assistenza al figlio minore di tre anni portatore di handicap grave.*

#### **DOCUMENTAZIONE**

- domanda di permessi giornalieri (ALL. 3);
- comunicazione della modalità di fruizione continuativa o frazionata ad ore e del relativo calendario, da presentarsi entro il mese precedente a quello di utilizzo (ALL:10);
- certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità del figlio;
- certificato di nascita del bambino (qualora non sia già in possesso dell'Azienda);
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che l'altro genitore non usufruisce, nello stesso periodo, dei permessi orari giornalieri richiesti né del prolungamento del congedo parentale;
- documentazione attestante l'eventuale condizione di genitore solo;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante che il bambino non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, o ove ricoverato a tempo pieno:
  - o documentazione della struttura ospedaliera attestante la necessità di assistenza da parte di un genitore o anche di un familiare parente o affine entro il 3° grado per i casi in cui il ricovero sia connesso ad un intervento chirurgico oppure a scopo riabilitativo;
  - o certificazione medica dalla quale si evinca la condizione di coma vigile e/o di situazione terminale del minore, corredata dalla valutazione della necessità di assistenza rilasciata dalla Struttura presso la quale il minore è ricoverato.

## **B. FIGLI MINORI DI 18 ANNI**

### **8.3 Permessi mensili**

Successivamente al compimento del terzo anno di vita del minore portatore di handicap grave, la lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre (anche adottivi o affidatari) possono fruire, indipendentemente dalla convivenza con il minore, di tre giorni di permesso mensile per assistere il figlio disabile che non sia ricoverato a tempo pieno, ovvero per le intere 24 ore, presso istituti specializzati.

L'alternatività implica che entrambi i genitori, per il medesimo figlio, hanno diritto complessivamente a soli tre giorni di permesso al mese (senza possibilità di duplicazione)<sup>7</sup>. Tuttavia, i genitori possono ripartirsi la fruizione dei tre giorni di permesso, assentandosi anche contemporaneamente nella medesima giornata dal rispettivo posto di lavoro (ad esempio, nel caso in cui la madre, fruisca di 2 gg. di permesso mensile, il padre può fruire del restante giorno anche in coincidenza con uno dei due giorni di assenza della madre).

Il beneficio in questione è riconosciuto in capo al genitore quando l'altro non ne abbia diritto (perché non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo) e anche qualora, nel nucleo familiare, vi siano parenti o affini non lavoratori potenzialmente in grado di prestare assistenza al minore<sup>8</sup>. Ai fini del riconoscimento del beneficio, è inoltre irrilevante il fatto che il minore sia assistito da strutture pubbliche o private, nonché dal cosiddetto "no profit" o da personale badante.

Infine si precisa che, come specificato nella Circ. INPS 90/2007, qualora il minore portatore di handicap sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati i permessi mensili possono comunque essere riconosciuti nel caso in cui il minore ricoverato si trovi in coma vigile e/o in situazione terminale e la Struttura sanitaria presso la quale il medesimo è ricoverato valuti che vi sia necessità di assistenza.

### **Rapporti con altri istituti**

L'utilizzo dei permessi mensili, da parte di un genitore, può avvenire anche quando l'altro fruisca, al contempo, di periodi di congedo parentale o del congedo per malattia del figlio.

---

<sup>7</sup> Così se un genitore beneficia dei tre giorni di permesso mensile, l'altro non ha diritto alla fruizione di ulteriori tre giorni di permesso per il medesimo figlio, mentre se un genitore fruisce, ad esempio, di due giorni, l'altro potrà fruire del giorno di permesso restante.

<sup>8</sup> La presenza nel nucleo familiare del genitore non lavoratore o di altri familiari non lavoratori non pregiudica quindi la possibilità, per il richiedente, di fruire dei benefici in esame. Conseguentemente, il genitore per avvalersi dei benefici non dovrà produrre alcuna dichiarazione attestante l'impossibilità degli altri soggetti conviventi con il figlio di prestare assistenza al medesimo.

### 8.3.1 Modalità di fruizione del beneficio e trattamento economico

Il beneficio in esame può essere fruito in maniera continuativa (3 giorni lavorativi presi consecutivamente) o frazionata a giorni interi (3 giorni lavorativi presi singolarmente) o ad ore<sup>9</sup>. Nel caso in cui il lavoratore scelga di fruire i permessi mensili in forma oraria frazionata, si evidenzia che per il lavoratore **con orario settimanale articolato su 6 giorni** tale frazionamento non potrà portare al superamento del tetto massimo di **18 ore mensili** (art. 46, comma II, del CCNL dell'11 luglio 2007).

La quantificazione del limite massimo di ore fruibili nel mese in caso di frazionamento orario dei tre giorni di permessi per i lavoratori che articolino la loro prestazione su un numero di giorni lavorativi inferiore a 6 deve ricavarsi dal risultato, approssimato per difetto od eccesso<sup>10</sup>, dato dalla seguente formula<sup>11</sup>:

$$\left( \frac{\text{orario normale di lavoro settimanale}}{\text{numero dei giorni lavorativi settimanali}} \right) \times 3$$

Pertanto, in caso di prestazione lavorativa resa su **5 giorni**, la fruizione dei permessi in forma oraria frazionata deve essere consentita entro il limite di **22 ore mensili**<sup>12</sup>.

Come specificatamente previsto dall'art. 46, comma III, del CCNL dell'11 luglio 2007, la scelta della modalità di fruizione dei permessi (continuativa o frazionata a giorni o ad ore) unitamente al relativo calendario delle giornate/ore di permesso deve essere comunicata dal lavoratore richiedente - per iscritto utilizzando l'apposito modello, All. 10 - alla competente Funzione di Gestione, mese per mese e comunque entro il mese precedente a quello di utilizzo.

Nel caso in cui il richiedente intenda fruire dei permessi in forma oraria frazionata, la collocazione delle ore di permesso dovrà essere preventivamente concordata dallo stesso con il proprio Responsabile (art. 46, comma II, del CCNL dell'11 luglio 2007).

Fermo restando che la scelta della modalità di fruizione ed il relativo calendario devono essere indicate mese per mese, in occasione della comunicazione che il lavoratore è tenuto a fare entro il mese precedente a quello di utilizzo dei permessi, è comunque consentita la variazione, nell'ambito dello stesso mese, della modalità e/o del calendario di fruizione dei permessi per sopravvenute esigenze che devono essere preventivamente e tempestivamente comunicate dal lavoratore alla competente Funzione di Gestione ed al proprio Responsabile.<sup>13</sup>

<sup>9</sup> Si precisa che non è praticabile il frazionamento in minuti.

<sup>10</sup> Il risultato numerico va arrotondato all'unità inferiore o a quella superiore, a seconda che la frazione sia uguale o minore a 0,50 o maggiore a 0,50.

<sup>11</sup> In tal senso si esprime anche l'INPS con Messaggio n. 16866 del 28.06.07 -

<sup>12</sup> Il massimale di 22 ore si ricava dalla formula sopra riportata, approssimando il risultato per eccesso:  $(36/5) \times 3 = 21,6$

<sup>13</sup> Non quindi più necessario che il lavoratore documenti l'esigenza sopravvenuta, né che la stessa non sia prevedibile all'atto della comunicazione relativa alla modalità e/o al calendario di fruizione dei permessi.

Sarà cura delle Funzioni di Gestione interessate trasmettere le comunicazioni, relative alla modalità e al calendario di fruizione dei permessi, nonché le eventuali variazioni, alla Struttura di Amministrazione del Personale territorialmente competente territorialmente competente, al fine di consentire l'inserimento a sistema del giustificativo di assenza.

Nel caso di variazione nel corso del mese della modalità di fruizione dei permessi, da permessi a giorni a permessi orari e viceversa, le ore o i giorni da fruire andranno riproporzionati rispetto a quanto già beneficiato secondo i criteri indicati al capitolo 7 (Modifiche alla tipologia di permesso prescelta, pag. 13).

In ogni caso, i giorni e le ore di permesso devono essere fruiti esclusivamente nel mese di riferimento: le giornate/ore eventualmente non godute nell'arco di ciascun mese non potranno pertanto essere riportate e fruite da alcuno dei genitori nei mesi successivi, né monetizzate.

Per quanto riguarda il trattamento economico, i permessi in esame sono retribuiti ed utili per la maturazione delle ferie, della tredicesima e quattordicesima mensilità.

*Nello schema sottostante viene indicata la documentazione da produrre a cura del lavoratore per il riconoscimento dei permessi per l'assistenza al figlio minorenni portatore di handicap grave.*

#### **DOCUMENTAZIONE**

- Domanda di fruizione dei permessi mensili (ALL. 4);
- Comunicazione della modalità di fruizione prescelta (continuativa o frazionata, a giorni o ad ore) e del relativo calendario, da presentarsi entro il mese precedente a quello di utilizzo (ALL:10);
- certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità del figlio;
- certificato di nascita del minore (qualora non sia già in possesso dell'Azienda);
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante:
  - o che il minore non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, o ove ricoverato a tempo pieno, certificazione medica dalla quale si evinca la condizione di coma vigile e/o di situazione terminale del minore, corredata dalla valutazione della necessità di assistenza rilasciata dalla Struttura presso la quale il minore è ricoverato.
  - o che l'altro genitore non fruisce del beneficio per lo stesso figlio o (nel caso in cui ne fruisca) indicazione dell'eventuale ripartizione dei permessi tra i genitori.

## **C. FIGLI MAGGIORI DI 18 ANNI**

### **8.4 Permessi mensili**

Successivamente al compimento della maggiore età del figlio portatore di handicap in situazione di gravità, la legge riconosce alla lavoratrice madre o, in alternativa, al lavoratore padre (anche adottivi) tre giorni di permesso mensile per assistere il figlio che non sia ricoverato a tempo pieno per le intere 24 ore in istituti specializzati, o che si trovi ricoverato a tempo pieno nella situazione di coma vigile e/o in situazione terminale. In quest'ultimo caso, al fine di poter fruire dei benefici durante il ricovero, è necessario che la Struttura sanitaria presso la quale il disabile è ricoverato attesti che vi sia necessità di assistenza.

I genitori di soggetti maggiorenni affetti da handicap grave hanno diritto a soli tre giorni di permesso al mese per il medesimo figlio (senza possibilità di duplicazione) e, qualora conviventi, possono ripartirsi la fruizione del beneficio assentandosi anche contemporaneamente nella medesima giornata dal rispettivo posto di lavoro<sup>14</sup> (ad esempio, nel caso in cui la madre, fruisca di 2 gg. di permesso mensile, il padre può fruire del restante giorno anche in coincidenza con uno dei due giorni di assenza della madre).

Diversamente da quanto previsto in tema di permessi per i genitori di figli minorenni, nel caso in cui il figlio sia maggiorenne, la convivenza del genitore con il figlio disabile non è presunta, per cui è necessario che il lavoratore richiedente produca certificato o autocertificazione del proprio stato di famiglia al fine di verificare lo stato di convivenza o meno con il figlio da assistere.

#### **Ipotesi di convivenza del genitore con il figlio**

Nelle ipotesi in cui dalla documentazione prodotta (certificato o autocertificazione dello stato di famiglia) il richiedente risulti convivere con il figlio portatore di handicap grave, resta fermo, in linea con le precedenti indicazioni, che la presenza nel nucleo familiare del genitore non lavoratore o di altri familiari non lavoratori non pregiudica la possibilità, per il genitore richiedente, di fruire dei benefici in esame.

#### **Ipotesi di non convivenza del genitore con il figlio**

Nelle ipotesi in cui invece il genitore richiedente non conviva con il figlio disabile è necessario per il riconoscimento del beneficio, verificare la sussistenza dei requisiti di continuità ed dell'esclusività dell'assistenza, secondo i nuovi criteri di accertamento introdotti dall'INPS con Circ. n. 90 del 23.05.07 (in merito ai quali si veda anche il paragrafo 9.1.1).

Per quanto attiene il riconoscimento del beneficio in esame in capo al genitore non convivente, si evidenzia che sulla base dei nuovi criteri adottati in merito all'accertamento del requisito dell'**esclusività dell'assistenza**, ai fini della

---

<sup>14</sup> Si ricorda che, in tal caso, il lavoratore dovrà indicare la ripartizione dei tre giorni di permesso di cui fruisce insieme all'altro genitore, da ripetersi per ciascun mese di fruizione cumulativa.

concessione del beneficio a nulla rileva il fatto che nel nucleo familiare del disabile non convivente con il genitore richiedente il beneficio si trovino altri soggetti conviventi familiari (parenti o affini entro il terzo grado) non lavoratori in grado di prestargli assistenza<sup>15</sup>. Ciò significa che in tali casi di non convivenza non deve più essere richiesto il certificato attestante i componenti del nucleo familiare del disabile, bensì esclusivamente il certificato di residenza dello stesso al fine di valutare la continuità dell'assistenza secondo le nuove modalità di accertamento.

Pertanto, per accertare la sussistenza dell'esclusività dell'assistenza è sufficiente verificare che non vi siano altre persone (l'altro genitore o altri familiari) che beneficino per lo stesso soggetto dei permessi in esame.

Per quanto concerne le modalità di accertamento della **continuità dell'assistenza**, si evidenzia che questa:

- sussiste in tutti i casi in cui sia possibile coprire la distanza tra l'abitazione del richiedente e quella del figlio disabile in tempi individuabili in circa un'ora;
- sussiste qualora, non ricorrendo l'ipotesi di cui al punto che precede, l'assistenza assuma i caratteri della sistematicità ed adeguatezza rispetto alle concrete esigenze del soggetto portatore di handicap grave.  
A tal fine, in sede di richiesta, il genitore richiedente deve produrre un "Programma di Assistenza" a firma congiunta, sua e del figlio, sulla cui valutazione di congruità deve esprimersi il medico specialista nella patologia del disabile. Tale "Programma di Assistenza" consiste in una **dichiarazione congiunta contenente la pianificazione motivata delle modalità con cui il lavoratore intende assistere il disabile in situazione di gravità**. Dal Programma di Assistenza (che deve essere ripresentato annualmente in sede di rinnovo annuale della richiesta dei permessi) devono pertanto evincersi sia le motivazioni della richiesta (visite mediche programmate in Italia e all'Estero, sostituzione programmata di personale badante, sostituzione di altro familiare nell'assistenza, ecc.) sia il piano mensile di utilizzo dei permessi.

Ove nel corso dell'anno intervengano **variazioni significative** quali ad esempio, **slittamento di date**, ricovero a tempo pieno della persona disabile, annullamento del programma, ecc.), l'interessato dovrà informare con la massima tempestività l'Azienda, mediante riproposta **preventiva** del Programma di Assistenza.

Per gli ulteriori aspetti della disciplina dei permessi in esame non espressamente trattati, con particolare riferimento alla facoltà di fruire i permessi in forma oraria frazionata (nel limite di cui alla formula: *[orario normale di lavoro/numero dei giorni lavorativi settimanali] X3*) ed agli obblighi di comunicazione del lavoratore verso il datore di lavoro in materia di modalità di fruizione dei permessi e relativo calendario, si rimanda a quanto descritto in relazione ai benefici previsti in favore dei genitori di soggetti minorenni portatori di handicap grave di cui al precedente paragrafo 8.3.1 Modalità di fruizione del beneficio e trattamento economico.

---

<sup>15</sup> Ai fini del riconoscimento del beneficio è inoltre irrilevante il fatto che il disabile sia assistito da strutture pubbliche o private nonché dal cosiddetto no profit o da personale badante.

*Nello schema sottostante viene indicata la documentazione da produrre a cura del lavoratore per il riconoscimento dei permessi per l'assistenza al figlio maggiorenne portatore di handicap grave.*

#### **DOCUMENTAZIONE**

- domanda di fruizione dei permessi mensili (ALL. 5);
- Comunicazione della modalità di fruizione prescelta (continuativa o frazionata, a giorni o ad ore) e del relativo calendario, da presentarsi entro il mese precedente a quello di utilizzo dei permessi (ALL:10);
- certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità del figlio;
- certificato o autocertificazione dello stato di famiglia del richiedente, utile al fine di accertare la convivenza o meno del medesimo con il figlio disabile da assistere;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante:
  - o che il figlio non è ricoverato a tempo pieno (h24) presso istituti specializzati o, ove ricoverato a tempo pieno, certificazione medica dalla quale si evinca la condizione di coma vigile e/o di situazione terminale; corredata dalla valutazione della necessità di assistenza rilasciata dalla Struttura presso la quale il soggetto è ricoverato.
  - o in caso di convivenza del genitore con il figlio disabile, che l'altro genitore non fruisce del beneficio per lo stesso figlio o, nel caso in cui ne fruisca, l'eventuale ripartizione dei tre giorni di permesso tra i genitori;

#### **Inoltre, ma esclusivamente nel caso di non convivenza tra il richiedente ed il figlio disabile:**

- Certificato di residenza del figlio disabile
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante che nessun altro parente o affine fruisce dei benefici in esame per il medesimo soggetto (*esclusività dell'assistenza*);

#### **In caso di lontananza tra le due abitazioni superiore a circa un'ora:**

- "Programma di assistenza" a firma congiunta del richiedente e del figlio disabile in favore del quale viene richiesto il beneficio e relativa valutazione di congruità espressa da un medico specialista nella patologia del disabile.

## 9 BENEFICI PER I FAMILIARI DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE

La legge riconosce ai parenti o affini entro il terzo grado di un soggetto portatore di handicap grave, la possibilità di fruire di un permesso mensile di tre giorni per assistere il disabile stesso che non sia ricoverato a tempo pieno per le intere 24 ore in istituti specializzati, o che si trovi ricoverato a tempo pieno nella situazione di coma vigile e/o in situazione terminale. In quest'ultimo caso, al fine di poter fruire dei benefici durante il ricovero, è necessario che la Struttura sanitaria presso la quale il disabile è ricoverato attesti che vi sia necessità di assistenza.

La parentela può essere in linea retta o in linea collaterale. I gradi di parentela in linea retta si computano conteggiando le generazioni dal capostipite (da escludersi) al parente considerato; quelli in linea collaterale, risalendo, generazione per generazione, dalla persona considerata al capostipite comune (da escludersi) per poi ridiscendere alla persona interessata<sup>16</sup>.

L'affinità è il rapporto che unisce un coniuge con i parenti dell'altro coniuge. Il grado di affinità è il medesimo che ha il coniuge con il proprio parente<sup>17</sup>.

### 9.1 Permessi mensili

Per i tre giorni di permesso mensili in esame si applica la medesima disciplina economica e normativa descritta al paragrafo 8.3.1 Modalità di fruizione del beneficio e trattamento economico.

#### 9.1.1 I requisiti previsti per il riconoscimento del beneficio

La legge subordina la fruizione dei giorni di permesso mensile alla presenza di requisiti specifici a seconda che il lavoratore sia o meno convivente con il soggetto portatore di handicap grave.

---

<sup>16</sup> Sono parenti in linea retta le persone di cui l'una discende dall'altra e in linea collaterale quelle che, pur avendo uno stipite comune, non discendono l'una dall'altra, ad esempio:

- in 1° grado in linea retta, il padre col figlio;
- in 2° grado in linea retta, il nonno col nipote ed in linea collaterale i fratelli tra loro;
- in 3° grado in linea collaterale lo zio col nipote.

<sup>17</sup> Sono affini, ad esempio:

- in 1° grado: i suoceri; i generi; le nuore;
- in 2° grado: i cognati;
- in 3° grado: lo zio del coniuge.
- Il vincolo di affinità non cessa con la morte del coniuge, né con la separazione o il divorzio, mentre cessa se il matrimonio viene dichiarato nullo.

**Situazione di convivenza. Il requisito dell'esclusività.**

Ai fini della fruizione del beneficio, il lavoratore, familiare di soggetto portatore di handicap grave convivente con quest'ultimo, è tenuto a dimostrare **l'esclusività** dell'assistenza.

Tale requisito, introdotto dalla legge 53/2000, è stato oggetto di una rilettura da parte dell'INPS che, recependo la giurisprudenza consolidatasi in materia, ha rivisto i criteri sino ad oggi adottati per l'accertamento dello stesso. In particolar modo, secondo tale nuovo orientamento, la condizione dell'esclusività dell'assistenza **deve ad oggi ritenersi unicamente soddisfatta dalla circostanza che non vi siano altre persone che beneficino, per lo stesso soggetto, dei permessi in esame.**

Ai fini della sussistenza del requisito dell'esclusività dell'assistenza è pertanto assolutamente **irrilevante** la presenza nel medesimo nucleo familiare del disabile di altri familiari conviventi non lavoratori in grado di prestare assistenza allo stesso. Da ciò consegue che nell'ipotesi in cui risultino convivere nel medesimo nucleo del disabile familiari non lavoratori, il lavoratore richiedente non dovrà dimostrare, al fine di fruire del beneficio in esame, lo stato di impossibilità di prestare assistenza di detti soggetti.

Tale revisione del requisito dell'esclusività dell'assistenza consente al soggetto portatore di handicap grave (o, nei casi previsti dalla legge, al suo amministratore di sostegno ovvero al suo tutore legale) di poter scegliere liberamente chi all'interno della sua stessa famiglia debba avvalersi dei benefici finalizzati a prestargli assistenza.

Al tale fine, il familiare richiedente i benefici dovrà attestare, mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, che il portatore di handicap ha scelto e conseguentemente accettato di essere assistito dal medesimo<sup>18</sup>.

Fermo restando che i benefici in esame non possono essere riconosciuti nel caso in cui il disabile sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, si precisa infine che l'esclusività dell'assistenza risulta sussistere anche nei casi in cui siano presenti forme di assistenza pubblica o privata al disabile, ovvero nei casi in cui si faccia ricorso a strutture pubbliche, al cosiddetto "no profit" nonché al personale badante.

<sup>18</sup> Tale scelta non deve essere effettuata dal figlio disabile assistito dal genitore non convivente, in merito al quale si è trattato nel paragrafo 8.4 del presente documento.

*Nello schema sottostante viene indicata la documentazione da produrre a cura del lavoratore per il riconoscimento dei permessi per l'assistenza al familiare convivente portatore di handicap grave*

#### DOCUMENTAZIONE

##### **in caso di convivenza**

- ✓ domanda di fruizione dei permessi mensili (ALL. 6);
- ✓ Comunicazione della modalità di fruizione prescelta (continuativa o frazionata, a giorni o ad ore) e del relativo calendario, da presentarsi entro il mese precedente a quello di utilizzo (ALL:10);
- ✓ certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità del familiare assistito;
- ✓ certificazione o autocertificazione dello stato di famiglia del richiedente, al fine di dimostrare la situazione di convivenza con il familiare disabile
- ✓ dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante:
  - di essere il solo soggetto a richiedere i benefici di cui alla legge 104 per assistere il familiare portatore di handicap grave (elusività dell'assistenza);
  - che il familiare assistito non è ricoverato a tempo pieno (h24) presso istituti specializzati o, ove ricoverato a tempo pieno, certificazione medica dalla quale si evinca la condizione di coma vigile e/o di situazione terminale, corredata dalla valutazione della necessità di assistenza rilasciata dalla Struttura presso la quale il disabile è ricoverato;
  - che il familiare portatore di handicap grave ha scelto e conseguentemente accettato di essere assistito dal lavoratore richiedente.

#### **Situazione di non convivenza. Il requisito della continuità: la sistematicità e l'adeguatezza dell'assistenza**

Nel caso in cui il lavoratore richiedente il beneficio **non sia convivente** con il portatore di handicap grave, la concessione dei permessi è subordinata alla verifica della sussistenza oltre che del requisito **dell'esclusività dell'assistenza**<sup>19</sup> anche del **requisito della continuità dell'assistenza**.

In merito a tale ultimo requisito si evidenzia che, alla luce delle nuove direttive fornite dall'INPS nella Circolare 90/2007 e recepite nel presente documento, lo stesso viene ad essere profondamente modificato nella sua stessa *ratio* e nei conseguenti criteri precedentemente adottati per l'accertamento dello stesso. Nello specifico, **l'assistenza per essere continuativa** non deve più essere necessariamente prestata dal lavoratore al familiare portatore di handicap grave per le necessità quotidiane di quest'ultimo, bensì **è sufficiente che assuma i caratteri della sistematicità e dell'adeguatezza rispetto alle concrete esigenze della persona portatrice di handicap in situazione di gravità**.

<sup>19</sup> Si ricorda che il requisito dell'esclusività deve intendersi soddisfatto, come sopra riportato, qualora il lavoratore attesti mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di essere l'unico soggetto a richiedere i benefici per prestare assistenza al familiare disabile.

Viene pertanto meno l'identificazione della continuità dell'assistenza con la quotidianità della stessa. Ciò comporta di poter rinvenire la continuità dell'assistenza anche nei casi di effettiva lontananza tra le abitazioni di residenza di chi presta assistenza e di chi la riceve a patto che l'assistenza prestata abbia i caratteri della sistematicità e dell'adeguatezza .

Pertanto, fermo restando che la continuità dell'assistenza sussiste in tutti quei casi in cui sia possibile coprire la distanza tra le due abitazioni di residenza di chi presta assistenza e di chi la riceve in tempi ragionevoli, individuabili in circa un'ora, si precisa che per i restanti casi di effettiva lontananza tra le due abitazioni non dovrà più richiedersi al lavoratore di fornire rigorosa prova dell'effettuazione di un'assistenza quotidiana mediante dimostrazione dei rientri giornalieri bensì, si dovrà provvedere a verificare esclusivamente che il lavoratore richiedente offra un'assistenza sistematica ed adeguata, secondo le indicazioni sotto riportate.

La fruizione dei permessi nei casi di lontananza, riconosciuta sulla base della verifica di un'assistenza sistematica ed adeguata offerta dal lavoratore al familiare disabile, muove dal presupposto che al disabile provveda per le incombenze quotidiane altro familiare ed assume una finalità del tutto nuova che è quella di permettere al lavoratore richiedente di sostituire momentaneamente l'avente diritto originario all'assistenza, consentendogli tre giorni di "libertà dalle incombenze quotidiane".

L'assistenza sistematica ed adeguata fornita nei casi di lontananza tra le abitazioni del lavoratore richiedente e del familiare disabile si inserisce pertanto in un contesto di **supporto alla famiglia** del disabile.

Dal momento che, anche in considerazione di tale finalità, nei casi in cui l'assistenza abbia i caratteri della sistematicità ed adeguatezza, rimane "impregiudicato il potere organizzativo del datore di lavoro, non attenendo la fruizione dei benefici all'esercizio di un diritto potestativo del lavoratore"( così, Circolare INPS 90/2007), il lavoratore dovrà concordare, in sede di programmazione mensile, il calendario dei permessi con il Responsabile della propria Struttura di appartenenza. Ciò significa che in tali casi il lavoratore dovrà concordare la collocazione dei permessi oltre che nel caso (previsto dall'art. 46, comma II, del CCNL dell'11 luglio 2007) di fruizione degli stessi in forma oraria frazionata, anche nel caso di fruizione, continuativa o frazionata, a giorni interi.

Per quanto riguarda l'accertamento della sistematicità ed adeguatezza dell'assistenza, in sede di richiesta dei benefici dovrà essere prodotto un "Programma di Assistenza" a firma congiunta del lavoratore richiedente e della persona con disabilità<sup>20</sup> sulla cui valutazione di congruità dovrà esprimersi il medico specialista nella patologia del disabile.

In merito a tale "Programma di assistenza" si specifica che - come già riportato al paragrafo 8.4 Ipotesi di non convivenza del genitore con il figlio - questo consiste in una **dichiarazione congiunta del richiedente e del disabile assistito**

---

<sup>20</sup> Nei casi previsti dalla legge la firma dovrà essere apposta dall'amministratore di sostegno o dal tutore legale del disabile.

**contenente la pianificazione motivata delle modalità con cui il lavoratore intende assistere il disabile in situazione di gravità.**

Dal Programma di Assistenza devono pertanto evincersi:

- sia le motivazioni della richiesta (visite mediche programmate in Italia e all'Estero, sostituzione programmata di personale badante, sostituzione di altro familiare nell'assistenza, ecc.);
- sia il piano mensile di utilizzo dei permessi.

Ove nel corso dell'anno intervengano **variazioni significative** quali ad esempio, slittamento di date, ricovero a tempo pieno della persona disabile, annullamento del programma, ecc.), l'interessato dovrà informare con la massima tempestività l'Azienda, mediante riproposta **preventiva** del programma di assistenza.

Per quanto riguarda il requisito dell'esclusività dell'assistenza, si ricorda infine che questo risulta soddisfatto quando il lavoratore attesti mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di essere l'**unico soggetto** a fruire dei benefici di legge per prestare assistenza al portatore di handicap grave.

*Nello schema sottostante viene indicata la documentazione da produrre a cura del lavoratore per il riconoscimento dei permessi per l'assistenza al familiare non convivente portatore di handicap grave*

***in caso di non convivenza***

**DOCUMENTAZIONE**

- ✓ domanda di fruizione dei permessi mensili (ALL. 6);
- ✓ Comunicazione della modalità di fruizione prescelta (continuativa o frazionata, a giorni o ad ore) e del relativo calendario, da presentarsi entro il mese precedente a quello di riferimento (ALL:10);
- ✓ certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità del familiare assistito;
- ✓ dichiarazione del richiedente di non convivenza con il soggetto disabile;
- ✓ certificato di residenza del disabile, al fine di verificare la distanza tra l'abitazioni del disabile con quella del familiare richiedente i benefici;
- ✓ dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante:
  - che il familiare assistito non è ricoverato a tempo pieno (h24) presso istituti specializzati o, ove ricoverato a tempo pieno, certificazione medica dalla quale si evinca la condizione di coma vigile e/o di situazione terminale; corredata dalla valutazione della necessità di assistenza rilasciata dalla Struttura presso la quale il disabile è ricoverato;
  - di essere il solo soggetto a richiedere/fruire dei benefici di cui alla legge 104 per assistere il familiare portatore di handicap grave;
  - che il familiare portatore di handicap grave ha scelto e conseguentemente accettato di essere assistito dal lavoratore richiedente.

Inoltre, in caso di lontananza tra le due abitazioni superiore a circa un'ora:

- “Programma di assistenza” a firma congiunta del richiedente e del familiare disabile in favore del quale viene richiesto il beneficio e relativa valutazione di congruità espressa da un medico specialista nella patologia del disabile.

## 10. CASISTICHE PARTICOLARI

Di seguito sono esaminati alcuni aspetti peculiari della disciplina relativa ai benefici precedentemente analizzati.

### 10.1 Situazione di lontananza del luogo di lavoro dalla residenza

Una situazione particolare è quella in cui il lavoratore, pur avendo la residenza anagrafica presso la località dove risiede la persona portatrice di handicap da assistere, lavora abitualmente in una località diversa, molto distante dal luogo di residenza "ufficiale".

In tale ipotesi, sia nel caso in cui il lavoratore risulti dal proprio stato di famiglia convivere con il familiare portatore di handicap, sia nel caso che lo stesso risulti iscritto in nucleo diverso, al fine della fruizione dei benefici è necessario che lo stesso dimostri di offrire al disabile un'assistenza sistematica ed adeguata.

A tal fine (come riportato nel paragrafo 9.1.1 situazione di non convivenza) in sede di richiesta dei benefici dovrà essere prodotto un "Programma di assistenza" a firma congiunta del lavoratore richiedente e della persona con disabilità<sup>21</sup> sulla cui valutazione di congruità dovrà esprimersi un medico specialista nella patologia del disabile.

### 10.2 Assistenza a familiare lavoratore che fruisce dei benefici per se stesso

Il lavoratore può fruire dei permessi mensili per prestare assistenza ad un soggetto lavoratore portatore di handicap grave che fruisca dei benefici di legge per se stesso.

Va precisato che, in tal caso, i permessi fruiti dai soggetti interessati devono coincidere, ovvero devono ricadere nelle medesime giornate ed avere la medesima durata<sup>22</sup>.

Infatti l'assenza dal lavoro per prestare assistenza al lavoratore portatore di handicap grave ha ragion d'essere solamente nei giorni in cui quest'ultimo non presti attività lavorativa in quanto benefici, a sua volta, dei permessi in esame.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> Nei casi previsti dalla legge la firma dovrà essere apposta dall'amministratore di sostegno o dal tutore legale del disabile.

<sup>22</sup> Qualora il lavoratore portatore di handicap grave fruisca dei permessi giornalieri (1 o 2 ore, a seconda della durata della prestazione lavorativa giornaliera), il familiare lavoratore che gli presti assistenza deve assentarsi dal lavoro nello stesso arco temporale, fruendo della frazionabilità ad ore dei tre giorni di permesso mensili. Ne consegue che chi presta assistenza non potrà beneficiare dei permessi in esame qualora il proprio orario di lavoro non comprenda le ore di permesso fruito dall'handicappato.

<sup>23</sup> Ciò in quanto l'assistenza non è necessaria durante le giornate in cui il lavoratore portatore di handicap grave presta attività lavorativa.

### 10.3 Pluralità di portatori di handicap grave nel nucleo familiare

E' ammessa la possibilità per il lavoratore di richiedere i permessi per assistere più familiari portatori di handicap grave appartenenti al medesimo nucleo familiare. In tal caso, sussistendone i requisiti, i permessi potranno essere concessi a favore dello stesso beneficiario, nel rispetto del limite di tre giorni per ogni portatore di handicap grave.

Per il riconoscimento dei permessi nonché per il rinnovo di quelli già in corso di fruizione, il cumulo dei benefici sarà possibile solamente nel caso in cui il lavoratore, a seguito di accertamento sanitario, non risulti in grado, per la natura dell'handicap, di assistere i disabili in soli tre giorni.

### 10.4 Lavoratori in part-time

In caso di contratto di lavoro **part-time verticale** i permessi mensili di tre giorni devono essere proporzionalmente ridimensionati in relazione al numero dei giorni in cui il beneficiario presta attività lavorativa secondo la seguente formula:

$$X: A = B : C$$

dove "A" corrisponde al numero dei giorni di lavoro effettivi;

"B" corrisponde ai tre giorni previsti dalla legge;

"C" corrisponde al numero dei giorni lavorativi del lavoratore in full-time, pari convenzionalmente a 26<sup>24</sup>.

Il risultato numerico va arrotondato all'unità inferiore o a quella superiore, a seconda che la frazione sia uguale o minore a 0,50 o maggiore a 0,50.

Ai lavoratori in **part time orizzontale** i benefici di cui al presente documento sono riconosciuti in misura analoga ai lavoratori in full time.

### 10.5 Assistenza per periodi inferiori a un mese

In caso di assistenza ad un portatore di handicap grave per periodi inferiori a un mese - che può verificarsi, ad esempio, quando il portatore di handicap grave da assistere risulti, per la parte restante del mese stesso, ricoverato a tempo pieno (h24) presso istituti specializzati - i 3 giorni di permesso mensili vanno riproporzionati nei termini che seguono. In tali casi nella frazione del mese in cui viene fornita assistenza, al dipendente spetta un giorno di permesso per ogni 10 giorni di assistenza<sup>25</sup>.

Nel caso di fruizione di permessi orari giornalieri, il riproporzionamento non va effettuato in quanto il permesso ad ore è legato alla singola giornata (ed al relativo orario) di fruizione del permesso.

<sup>24</sup> Ad esempio, qualora il lavoratore part-time presti attività lavorativa su 15 giorni al mese su un totale di 26 giorni lavorativi effettuabili in caso di prestazione lavorativa in full-time, allo stesso spetteranno 2 giorni di permesso risultanti dalla seguente proporzione:  $X : 15 = 3 : 26$ ,  $X = 15 \times 3 / 26$ ;  $X = 1.7$  gg. di permesso da arrotondare a 2).

<sup>25</sup> Ciò comporta pertanto che per periodi di assistenza inferiore a 10 giorni, non può essere riconosciuta nessuna giornata di permesso e che anche per i periodi superiori a 10 giorni ma inferiori a 20 spetterà un solo giorno di permesso.

## 11. LA SCELTA DELLA SEDE ED IL TRASFERIMENTO

Per quanto riguarda le situazioni sotto riportate, si precisa che le stesse sono correlate alla sussistenza della condizione di handicap **grave** riconosciuto ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92.

### La scelta della sede

Per espressa previsione normativa, la scelta della sede di lavoro più vicina al domicilio del lavoratore può essere operata da quest'ultimo **"ove possibile"** ovvero solamente se l'organizzazione aziendale lo consenta. Ciò implica un contemperamento dell'interesse del lavoratore con quello del datore di lavoro, il quale può opporre legittimamente il proprio rifiuto qualora sussistano motivate esigenze organizzative.

Tale diritto può inoltre essere esercitato solamente al **momento dell'assunzione**, non essendo finalizzato ad ottenere, in costanza di un rapporto di lavoro già instaurato, il trasferimento presso una sede vicina al proprio domicilio.

Per quanto concerne la definizione di **"sede di lavoro più vicina al proprio domicilio"** si precisa che questa non deve necessariamente intendersi coincidente con quella relativa al domicilio del lavoratore ma può essere individuata dal richiedente anche in una sede comportante semplicemente un riavvicinamento all'abitazione stessa, dal momento che la norma ha il fine di agevolare l'assistenza al familiare disabile per quanto possibile.

### Il trasferimento

Per il trasferimento del soggetto titolare dei benefici di cui al presente documento è necessario il consenso dell'interessato.

Tale agevolazione è riconosciuta al lavoratore che assista un familiare portatore di handicap grave solamente nel caso in cui l'assistenza sia **in atto** al momento del trasferimento.

## TABELLA A

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dei benefici esaminati, con i relativi principali requisiti.

| SOGGETTI                                                                                  | BENEFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | REQUISITI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lavoratore con handicap in situazione di gravità                                          | <p><b>Due ore di permesso orario giornaliero</b> fruibili sia in maniera continuativa che frazionata ad ore (in caso di prestazione giornaliera inferiore a 6 ore il permesso giornaliero è pari ad un'ora)</p> <p>o, in alternativa,</p> <p><b>3 giorni di permesso mensile</b> non frazionabili ad ore</p> <p>Trasferimento su consenso del lavoratore</p>                                                                                                                                         | Riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Genitore di un soggetto minore di tre anni portatore di handicap in situazione di gravità | <p><b>Prolungamento del congedo parentale</b></p> <p>o, in alternativa,</p> <p><b>Due ore di permesso orario giornaliero</b> fruibili sia in maniera continuativa che frazionata ad ore (in caso di prestazione giornaliera inferiore a 6 ore il permesso giornaliero è pari ad un'ora)</p> <p><b>Congedo straordinario</b>, fruibile sia in maniera continuativa che frazionata, nel limite massimo di due anni nell'arco della vita lavorativa</p> <p>Trasferimento su consenso del lavoratore</p> | <p>Riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità del figlio</p> <p>Il figlio non deve essere ricoverato in istituti specializzati</p> <p>Per il congedo straordinario è anche necessaria la titolarità alla fruizione dei benefici ex l. 104/92</p>                                                                                                                                                                                                                                |
| Genitore di un soggetto maggiorenne portatore di handicap in situazione di gravità        | <p><b>3 giorni di permesso mensile</b>, anche ripartiti tra i genitori, frazionabili ad ore</p> <p><b>Congedo straordinario</b> fruibile sia in maniera continuativa che frazionata, nel limite massimo di due anni nell'arco della vita lavorativa</p> <p>Trasferimento su consenso del lavoratore</p>                                                                                                                                                                                              | <p>Riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità</p> <p>Il figlio non deve essere ricoverato in istituti specializzati</p> <p>Convivenza o In caso di non convivenza, continuità ed esclusività dell'assistenza (tali requisiti sono da intendersi secondo le specifiche sopra riportate)</p> <p>Per il congedo straordinario è anche necessaria la titolarità alla fruizione dei benefici ex l. 104/92 e che il disabile non presti attività lavorativa nel periodo richiesto</p> |

| SOGGETTI                                                                         | BENEFICI                                                                                                                                                                                                                                                          | REQUISITI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Parenti o affini entro il terzo grado di un soggetto portatore di handicap grave | <p><b>3 giorni di permesso mensile</b>, frazionabili ad ore</p> <p><b>Congedo straordinario</b> (coniuge o fratelli/sorelle del soggetto con handicap qualora i genitori siano deceduti o totalmente inabili)</p> <p>Trasferimento su consenso del lavoratore</p> | <p>Riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità</p> <p>Il disabile non deve essere ricoverato in istituti specializzati</p> <p>Convivenza ed esclusività dell'assistenza<br/>In caso di non convivenza, continuità ed esclusività dell'assistenza (tali requisiti sono da intendersi secondo le specifiche sopra riportate)</p> <p>Per il congedo straordinario è anche necessaria la titolarità alla fruizione dei benefici ex l. 104/92 e che il disabile non presti attività lavorativa nel periodo richiesto</p> |

## TABELLA B

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa di alcune situazioni di compatibilità/incompatibilità tra i benefici esaminati nonché tra gli stessi ed altre agevolazioni di legge nell'ipotesi di fruizione contemporanea.

| <b>BENEFICI</b>                                                                                                                                              | <b>Permessi orari giornalieri</b> fruiti dal lavoratore portatore di handicap in situazione di gravità | <b>Permessi mensili</b> fruiti dal lavoratore portatore di handicap in situazione di gravità | <b>Prolungamento del congedo parentale</b> | <b>Permessi orari giornalieri</b> fruiti per assistere il figlio tre anni portatore di handicap in situazione di gravità | <b>Permessi mensili</b> fruiti dal lavoratore per assistere un familiare (parente o affine entro il 3° grado) portatore di handicap in situazione di gravità | <b>Riposi per allattamento</b> per lo stesso figlio | <b>Congedo parentale</b> fruito contemporaneamente dall'altro genitore per lo stesso figlio | <b>Congedo per malattia</b> per lo stesso figlio fruito contemporaneamente e dall'altro genitore |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Permessi orari giornalieri</b> fruiti dal lavoratore portatore di handicap in situazione di gravità                                                       | ----                                                                                                   | NO                                                                                           | NO                                         | NO                                                                                                                       | NO                                                                                                                                                           | SI                                                  | SI                                                                                          | SI                                                                                               |
| <b>Permessi mensili</b> fruiti dal lavoratore portatore di handicap in situazione di gravità                                                                 | NO                                                                                                     | ----                                                                                         | NO                                         | NO                                                                                                                       | NO                                                                                                                                                           | SI                                                  | SI                                                                                          | SI                                                                                               |
| <b>Prolungamento del congedo parentale</b>                                                                                                                   | NO                                                                                                     | NO                                                                                           | ----                                       | NO                                                                                                                       | NO                                                                                                                                                           | NO                                                  | SI                                                                                          | SI                                                                                               |
| <b>Permessi orari giornalieri</b> fruiti da un genitore di un soggetto minore di tre anni portatore di handicap in situazione di gravità                     | NO                                                                                                     | NO                                                                                           | NO                                         | ----                                                                                                                     | SI                                                                                                                                                           | NO                                                  | SI                                                                                          | SI                                                                                               |
| <b>Permessi mensili</b> fruiti dal lavoratore per assistere un familiare (parente o affine entro il 3° grado) portatore di handicap in situazione di gravità | NO                                                                                                     | NO                                                                                           | NO                                         | SI                                                                                                                       | * SI                                                                                                                                                         | SI                                                  | SI                                                                                          | SI                                                                                               |

# BENEFICI

**Permessi orari  
giornalieri** fruiti dal  
lavoratore  
portatore di  
handicap in  
situazione di  
gravità

**Permessi  
mensili** fruiti dal  
lavoratore  
portatore di  
handicap in  
situazione di  
gravità

**Prolungamen  
to del  
congedo  
parentale**

**Permessi orari  
giornalieri** fruiti per  
assistere il figlio tre  
anni portatore di  
handicap in  
situazione di  
gravità

Permessi mensili  
fruiti dal lavoratore  
per assistere un  
familiare (parente o  
affine entro il 3°  
grado) portatore di  
handicap in  
situazione di  
gravità

Riposi per  
allattamento  
per lo stesso  
figlio

Congedo  
parentale fruito  
contemporanea  
mente dall'altro  
genitore per lo  
stesso figlio

Congedo per  
malattia per lo stesso  
figlio fruito  
contemporaneamente  
e dall'altro genitore

**Congedo straordinario**

NO

NO

NO

NO

NO

NO

SI

SI

## 12. CONGEDO STRAORDINARIO

La lavoratrice madre, o in alternativa, il lavoratore padre, anche adottivi o affidatari, e dopo la loro scomparsa, uno dei fratelli o sorelle **conviventi** con il soggetto con handicap in situazione di gravità, nonché il coniuge del medesimo, hanno diritto ad un congedo, anche frazionato, della durata massima di due anni nell'arco dell'intera vita lavorativa<sup>26</sup>.

Per quanto riguarda la fruizione del congedo in esame da parte dei genitori si precisa che il beneficio spetta alla madre o al padre, con la conseguenza che il congedo non può essere utilizzato contemporaneamente da entrambi i genitori.

Nell'ipotesi in cui i genitori, pur essendo in vita, siano impossibilitati a provvedere all'assistenza del figlio handicappato grave perché totalmente inabili, il beneficio può essere riconosciuto ad uno dei fratelli o sorelle conviventi con il soggetto da assistere<sup>27</sup>. Nel caso in cui il congedo venga richiesto da un **fratello** o da una **sorella** del soggetto portatore di handicap grave, è necessario che il richiedente conviva con il soggetto da assistere, sia esso maggiorenne o minorenni.

Il congedo straordinario spetta anche al **coniuge** del soggetto portatore di handicap grave, con lui convivente (sentenza della Corte Costituzionale n.158 del 18.04.2007). Il diritto alla fruizione del beneficio in esame è riconosciuto al coniuge in via prioritaria rispetto agli altri congiunti del disabile. Ciò significa che per la fruizione del congedo, il coniuge non deve provare l'impossibilità degli altri familiari di prestare assistenza al disabile. Resta fermo che durante il periodo richiesto dal coniuge nessun altro soggetto (genitore o fratelli) potrà a sua volta fruire del congedo straordinario per il medesimo soggetto.

**Al fine del riconoscimento del beneficio è necessario che il richiedente abbia titolo a fruire dei benefici di cui alla legge 104/92.**

La fruizione del beneficio non è consentita per i periodi in cui il portatore di handicap per il quale è richiesto il congedo presti attività lavorativa o per i periodi in cui lo stesso sia ricoverato, a tempo pieno, presso istituti specializzati.

Il congedo straordinario può essere riconosciuto, limitatamente alla durata del rapporto di lavoro, anche ai lavoratori a tempo determinato.

Per quanto concerne la **durata** del beneficio, il limite di due anni nell'arco della vita lavorativa costituisce il tetto massimo fruibile per assistere ciascuna persona portatrice di handicap grave, da parte di tutti gli aventi diritto (es: se la lavoratrice madre ha fruito, per il figlio handicappato grave, di un periodo di un anno e

---

<sup>26</sup> L'art. 3, comma 106, della legge n. 350/2003, finanziaria per il 2004, ha eliminato il requisito della decorrenza dei cinque anni dalla data dell'accertamento dell'handicap in situazione di gravità rendendo, così, immediatamente fruibile, già dal momento dell'accertamento stesso, il beneficio del congedo straordinario in esame. Si precisa, altresì, che eventuali periodi di congedo, indennizzato o meno, fruiti, in assenza del requisito dei 5 anni, prima del 1 gennaio 2004 (data di entrata in vigore della legge finanziaria 2004) non potranno essere trasformati in congedo straordinario per soggetti con handicap grave.

<sup>27</sup> In tale specifica situazione l'estensione del diritto ai fratelli o alle sorelle del soggetto affetto da handicap grave è dovuta a un recente intervento della Corte Costituzionale avvenuto con sentenza n. 233/2005.

mezzo, il lavoratore padre, per lo stesso figlio, potrà fruire solamente dei restanti sei mesi. Di conseguenza, gli ulteriori periodi fruibili da parte di ciascuno dei genitori – rispettivamente pari a sei mesi e ad un anno e mezzo - potranno essere fruiti esclusivamente per l'assistenza di un altro figlio o familiare handicappato grave).

Ne consegue che ciascun lavoratore, potendo fruire nella propria vita lavorativa solamente di un periodo massimo di due anni del beneficio in esame, una volta esaurito detto limite, non potrà avvalersi di ulteriori periodi di congedo straordinario nonostante la presenza di più familiari portatori di handicap grave.

**I due anni costituiscono il limite massimo fruibile da ciascun lavoratore a titolo di congedo straordinario per l'assistenza a figli, coniuge o fratelli portatori di handicap grave o di aspettativa per "motivi di famiglia e/o personali" di cui all'art. 37 del CCNL dell'11 luglio 2007<sup>28</sup>.**

Qualora il congedo straordinario venga fruito da un lavoratore in part time verticale, nel computo del beneficio non dovranno essere inclusi i periodi nei quali non è prevista attività lavorativa.

## 12. 1 Modalità di fruizione del beneficio

**I lavoratori interessati hanno diritto a fruire del congedo in esame entro 60 giorni dalla presentazione della domanda**, che deve essere presentata alla Funzione di Gestione competente. Ciò significa che la fruizione del beneficio avrà decorrenza una volta decorsi 60 giorni dalla data di ricevimento della domanda da parte dell'Azienda.

I periodi di congedo straordinario possono essere fruiti in modo continuativo (2 anni di calendario presi consecutivamente) o frazionato, a periodi distinti. Per avvalersi di tale ultima modalità di fruizione è necessario che, tra un periodo e l'altro del congedo, vi sia l'effettiva ripresa del lavoro.

La fruizione di distinte frazioni di congedo non può essere richiesta con un'unica domanda. Pertanto per ciascun periodo di congedo straordinario, il lavoratore, una volta ripreso servizio, è tenuto a presentare apposita istanza.

Immediatamente dopo un periodo di congedo straordinario è comunque possibile fruire di periodi di ferie (o di altri congedi o permessi).

Nell'ipotesi di fruizione di due differenti frazioni di congedo straordinario intervallate da un periodo feriale o da altro tipo di assenza, il calcolo del numero dei giorni riconoscibili come congedo straordinario deve comprendere anche i giorni festivi e i sabati (in caso di settimana corta) cadenti subito prima o subito dopo le ferie (o altri congedi o permessi)<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Pertanto, qualora, ad esempio, un lavoratore abbia fruito di 6 mesi di aspettativa per motivi di famiglia e/o personali, potrà beneficiare solo di un anno e mezzo di congedo straordinario.

<sup>29</sup> Ai fini della fruizione frazionata del congedo è pertanto necessaria la ripresa effettiva del servizio cui non può equipararsi la fruizione delle ferie.

La fruizione è pertanto da considerarsi continuativa nel caso in cui, ad esempio, con riferimento ad una prestazione lavorativa su 5 giorni, venga presentata domanda di due periodi di congedo, dal lunedì al venerdì, per due settimane consecutive senza ripresa effettiva del lavoro tra un periodo e l'altro del congedo o anche quando i due periodi di congedo siano intervallati dalle ferie. In tale caso, i giorni festivi, i sabati e le domeniche devono essere computati a titolo di congedo straordinario.

Il verificarsi, durante la fruizione del congedo straordinario, di eventi che di per sé potrebbero giustificare una astensione dal lavoro, non determina l'interruzione nel congedo straordinario.

In caso di malattia o di maternità è però fatta salva una diversa esplicita volontà da parte del lavoratore o della lavoratrice volta ad interrompere la fruizione del congedo straordinario. In tal caso la possibilità di godimento, in un momento successivo, del residuo periodo di congedo straordinario, è subordinata alla presentazione di nuova domanda.

## 12.2 Trattamento economico

Durante il congedo straordinario il lavoratore ha diritto a percepire una indennità corrispondente all'ultima retribuzione (ovvero quella relativa all'ultimo mese di lavoro che precede il congedo), entro un limite massimo che viene rivalutato annualmente sulla base della variazione dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati.

In tale indennità devono essere ricompresi anche i ratei degli emolumenti relativi alla tredicesima e alla quattordicesima mensilità. Ciò rappresenta una innovazione rispetto alle precedenti indicazioni fornite sull'istituto in esame con il documento normo-attuativo relativo alla tutela della maternità e della paternità.

Il periodo di congedo è coperto da contribuzione figurativa, computato nell'anzianità di servizio ma non determina la maturazione delle ferie.

## 12.3 Rapporti con altri istituti

Durante il periodo di congedo entrambi i genitori non possono usufruire del **prolungamento del congedo parentale**, dei **permessi orari giornalieri** spettanti sino al compimento dei tre anni di vita del bambino e dei **tre giorni di permesso mensile**.

Ciò comporta non solo che il genitore che usufruisca del congedo non può richiedere, durante lo stesso periodo, detti benefici ma che tale facoltà è preclusa, nello stesso periodo, anche all'altro genitore (nonché al coniuge e all'eventuale fratello o sorella).

In ragione della predetta incompatibilità del congedo in esame con gli altri benefici di legge, le giornate eventualmente fruite, a titolo di permessi di cui alla legge 104/92, nel corso dello stesso mese e prima del godimento del congedo straordinario, devono essere computate come congedo straordinario.

Non è possibile altresì la fruizione contemporanea del congedo straordinario e di quello parentale. La fruizione del congedo in esame non è infatti ammissibile nello stesso periodo in cui l'altro genitore goda del **congedo parentale** per il medesimo figlio handicappato. Ciò in ragione dell'alternatività della fruizione, fra i genitori, del congedo straordinario, la quale verrebbe meno a causa della utilizzazione contemporanea di benefici comunque finalizzati all'assistenza del figlio.

*Negli schemi sottostante viene indicata la documentazione da produrre a cura del lavoratore per il riconoscimento del congedo straordinario per l'assistenza al figlio, al fratello/sorella ed al coniuge portatore/portatrice di handicap grave*

#### **DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE DA PARTE DEL GENITORE**

- ✓ domanda di fruizione del congedo straordinario (ALL. 7);
- ✓ certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità del figlio assistito;
- ✓ certificazione di nascita del figlio (o autocertificazione)
- ✓ dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (o atto di notorietà) attestante:
  - gli eventuali periodi di congedo straordinario eventualmente fruiti da parte del richiedente e dell'altro genitore, nonché del coniuge del figlio disabile, con indicazione di quelli fruiti per il figlio da assistere;
  - gli eventuali periodi di aspettativa per motivi familiari/personali eventualmente già fruiti da parte del richiedente e dell'altro genitore;
  - che, durante il periodo richiesto, l'altro genitore non fruirà del congedo straordinario né dei benefici di cui alla legge 104/92 né del congedo parentale per lo stesso figlio;
  - che, durante il periodo richiesto, il coniuge del figlio disabile non fruirà del congedo straordinario per il medesimo soggetto;
  - che il figlio non è ricoverato a tempo pieno (h24) presso istituti specializzati o, ove ricoverato a tempo pieno:
    - certificazione medica dalla quale si evinca la condizione di coma vigile e/o di situazione terminale, corredata dalla valutazione della necessità di assistenza rilasciata dalla Struttura presso la quale il disabile è ricoverato;
    - documentazione della struttura ospedaliera attestante la necessità di assistenza da parte di un genitore o anche di un familiare parente o affine entro il 3° grado per i casi in cui il ricovero riguardi il figlio minore di tre anni e sia connesso ad un intervento chirurgico oppure a scopo riabilitativo;
  - che il figlio non presta attività lavorativa;

**DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE DA PARTE DEL FRATELLO/SORELLA**

- ✓ domanda di fruizione del congedo straordinario (ALL. 8);
- ✓ certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità del fratello/sorella assistito/a;
- ✓ certificato di morte dei genitori, o nel caso in cui siano in vita, attestazione medica dalla quale risultino impossibilitati a provvedere all'assistenza del figlio handicappato grave perché totalmente inabili;
- ✓ stato di famiglia del lavoratore richiedente attestante la convivenza con il fratello o con la sorella portatori di handicap grave;
- ✓ Autocertificazione attestante la parentela con il soggetto da assistere;
- ✓ dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (o atto di notorietà) attestante:
  - gli eventuali periodi di congedo eventualmente già fruiti da parte del richiedente e degli altri familiari (genitori, fratelli o sorelle, coniuge del disabile) con specificazione di quelli fruiti per il soggetto da assistere;
  - gli eventuali periodi di aspettativa per motivi familiari/ personali eventualmente già fruiti da parte del richiedente;
  - che per il periodo richiesto nessun altro coniuge, fratello o sorella fruisce del congedo in esame, né degli altri benefici di cui alla legge 104/92;
  - che durante il periodo richiesto il soggetto con handicap non è ricoverato a tempo pieno (h24) presso istituti specializzati o, ove ricoverato a tempo pieno, certificazione medica dalla quale si evinca la condizione di coma vigile e/o di situazione terminale, corredata dalla valutazione della necessità di assistenza rilasciata dalla Struttura presso la quale il disabile è ricoverato.
  - che il soggetto da assistere non presta attività lavorativa.

**DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE DA PARTE DEL LAVORATORE CHE ASSISTE IL CONIUGE**

- ✓ domanda di fruizione del congedo straordinario (ALL. 9);
- ✓ certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità del coniuge;
- ✓ stato di famiglia del lavoratore richiedente attestante la convivenza con il coniuge da assistere;
- ✓ dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (o atto di notorietà) attestante:
  - gli eventuali periodi di congedo eventualmente già fruiti da parte del richiedente e degli altri familiari (genitori, fratelli o sorelle,) con specificazione di quelli fruiti per il soggetto da assistere;
  - gli eventuali periodi di aspettativa per motivi familiari/ personali eventualmente già fruiti da parte del richiedente;
  - che per il periodo richiesto nessun altro familiare (genitore, fratello o sorella del disabile) fruisce del congedo in esame, né degli altri benefici di cui alla legge 104/92;
  - che durante il periodo richiesto il coniuge non è ricoverato a tempo pieno (h24) presso istituti specializzati o, ove ricoverato a tempo pieno, certificazione medica dalla quale si evinca la condizione di coma vigile e/o di situazione terminale, corredata dalla valutazione della necessità di assistenza rilasciata dalla Struttura presso la quale il disabile è ricoverato;
  - che il coniuge non presta attività lavorativa.

## **PARTE III**

### **INDICAZIONI OPERATIVE**

#### **Premessa**

Nella parte in esame è indicata la procedura concernente la gestione delle domande finalizzate al riconoscimento dei benefici precedentemente esaminati, con la specificazione degli adempimenti cui sono tenute le strutture aziendali coinvolte.

In allegato è riportata la modulistica che i lavoratori interessati dovranno presentare all'Azienda per la richiesta di fruizione dei suddetti benefici.

### 13. ASPETTI PROCEDURALI

I dipendenti interessati a richiedere i benefici di cui al presente documento devono presentare apposita domanda alla competente Funzione di Gestione, utilizzando la modulistica di seguito allegata, corredata dalla necessaria documentazione di supporto e dal modello di comunicazione (All.10) da presentarsi mese per mese relativo alla modalità ed al calendario di fruizione dei permessi.

La ricezione della domanda del beneficio di legge e delle relative comunicazioni riguardanti la modalità e il calendario di fruizione dei permessi deve essere attestata mediante rilascio al dipendente dell'apposita ricevuta, datata e controfirmata dall'interessato, contenuta nei singoli moduli.

La competente Funzione di Gestione, avvalendosi dell'eventuale supporto delle Funzioni di Normativa in ambito RUR e HRO/RI è tenuta a verificare, in tempi brevi (entro il mese in cui è pervenuta la richiesta), la sussistenza delle condizioni previste per il riconoscimento dei benefici in esame.

Le suddette Strutture di Gestione provvederanno a riscontrare le istanze dei dipendenti, comunicando l'esito della valutazione della richiesta di benefici anche al Responsabile della Struttura di appartenenza del lavoratore ed indicando, in caso di esito negativo, le ragioni che ostano al riconoscimento dei benefici.

In caso di riconoscimento dei permessi di cui alla Legge 104/92, il dipendente dovrà essere informato dell'obbligo di presentare **mese per mese e comunque entro il mese precedente a quello di utilizzo dei benefici**, la comunicazione relativa alle modalità e al calendario di fruizione dei permessi, di cui all'All.10, alla competente Funzione di Gestione. A tal fine copia dell'Allegato 10 dovrà essere unita alla lettera di riscontro fornita all'interessato.

In tale occasione dovrà essere evidenziato al dipendente che, in caso di opzione per la fruizione di permessi in forma oraria frazionata nonché in caso di assistenza avente i caratteri della sistematicità ed adeguatezza, i singoli calendari di fruizione dovranno essere **concordati** con il Responsabile della struttura di appartenenza.

Al lavoratore dovrà infine essere rappresentata la possibilità di effettuare variazioni della modalità e/o del calendario di fruizione nell'ambito dello stesso mese, in caso di sopravvenute esigenze da comunicarsi preventivamente e tempestivamente rispetto alla fruizione stessa dei permessi alla competente Funzione di Gestione ed al proprio Responsabile.

Dato il mutamento delle modalità di accertamento dei requisiti di continuità ed esclusività dell'assistenza, si precisa che dal momento della ricezione del presente documento, le domande di fruizione dei benefici di cui alla legge 104/92 dovranno essere valutate secondo i nuovi criteri.

Per quanto concerne le richieste di congedo straordinario, atteso che la fruizione del beneficio deve avvenire entro 60 giorni dalla data di presentazione della

domanda, è necessario che la valutazione delle domande e i relativi riscontri ai dipendenti avvengano entro tale termine.

Qualora il riconoscimento del diritto intervenga nel corso del mese, la fruizione del benefico dovrà essere consentita all'interessato, per intero, a partire da tale momento e, quindi, per i rimanenti giorni del mese stesso.

Si segnala infine che dell'avvenuto riconoscimento del beneficio dovrà essere data, da parte delle Funzioni di Gestione interessate, debita informativa alle Strutture di Amministrazione del Personale territorialmente competenti; non sarà invece necessario fornire alcuna comunicazione né proseguire la relativa documentazione all'IPOST.

#### Tipologia dei documenti da allegare alla domanda

La documentazione che il richiedente deve allegare alla domanda per comprovare la sussistenza dei requisiti necessari alla fruizione del benefici può avere forma di:

- **certificazione** rilasciata dall'Amministrazione Pubblica competente (es: stato di famiglia, di residenza, certificato di nascita del figlio, certificato di morte dei genitori etc);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione, c.d. **autocertificazione**. Con tale atto è possibile attestare esclusivamente gli stati, le qualità personali e i fatti di cui sia a conoscenza la Pubblica Amministrazione riguardanti la persona del dichiarante. L'autocertificazione consente, pertanto, di sostituire i certificati di stato di famiglia, di residenza, certificato di nascita del figlio, certificato di morte dei genitori;
- **atto di notorietà**. Con tale atto è possibile attestare stati, qualità personali o fatti, anche riguardanti altri soggetti, che siano a diretta conoscenza dell'interessato e di cui la Pubblica Amministrazione non sia a conoscenza.<sup>30</sup>;
- **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà**. Con tale atto è possibile attestare stati, qualità personali o fatti, anche riguardanti altri soggetti, che siano a diretta conoscenza dell'interessato e di cui la Pubblica Amministrazione non sia a conoscenza (quale ad esempio il fatto che nessun altro familiare fruisca dei benefici di legge per lo stesso soggetto disabile etc).

La dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà deve essere autenticata da un notaio, o da un cancelliere, un segretario comunale, o dal dipendente comunale addetto a ricevere la documentazione o altro dipendente incaricato dal Sindaco.

<sup>30</sup> Il pubblico ufficiale autorizzato dalla legge a ricevere tale atto è il notaio.

## Rinnovo della domanda

Al fine di verificare la permanenza delle condizioni necessarie al riconoscimento delle agevolazioni in esame, la domanda di fruizione del beneficio deve essere rinnovata ogni 12 mesi, decorrenti dal riconoscimento del medesimo, ovvero ogni 6 mesi nel caso in cui l'handicap grave sia stato accertato, in via provvisoria, dal medico specialista dell'ASL di appartenenza del disabile.

In sede del rinnovo il dipendente dovrà riprodurre tutta la documentazione necessaria a supportare il riconoscimento del diritto ad eccezione della certificazione di accertamento definitivo dell'handicap grave da parte della Commissione ASL.

Nel caso in cui l'accertamento della situazione di handicap grave sia soggetto a revisione, il richiedente, per continuare a beneficiare delle agevolazioni dovrà dimostrare la permanenza della condizione di gravità dell'handicap producendo la nuova certificazione della competente Commissione ASL (o il certificato sostitutivo provvisorio rilasciato dal medico specialista dell'ASL di appartenenza del disabile)

Della necessità del rinnovo della domanda dovrà essere data informativa scritta al dipendente in sede di prima concessione del beneficio.

## ALLEGATO 1

LAVORATORE IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE  
DOMANDA DI PERMESSI

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A

|                                                                       |                                              |                       |                         |       |                      |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | Nat_ il               | <input type="text"/>    | sesto | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                                    | NOME                                         |                       | GIORNO MESE ANNO        | M o F |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>  | <input type="text"/>    |       |                      |
| COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA                                      | PROV                                         |                       | CODICE FISCALE          |       |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         |                       |                         |       |                      |
| COMUNE DI RESIDENZA                                                   | INDIRIZZO (VIA PIAZZA FRAZIONE)              |                       |                         |       |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>  | <input type="text"/>    |       |                      |
| NUMERO CIVICO                                                         | PROV                                         | CAP                   | TELEFONO (CON PREFISSO) |       |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>  | <input type="text"/>    |       |                      |
| STRUTTURA DI APPARTENENZA                                             | UFFICIO                                      | LIVELLO PROFESSIONALE |                         |       |                      |
| <u>TIPO DI CONTRATTO</u> : TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/> | TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/> | ALTRO .....           |                         |       |                      |
| PART TIME ORIZZONTALE <input type="checkbox"/>                        | PART TIME VERTICALE <input type="checkbox"/> |                       |                         |       |                      |
| PORTATORE/PORTATRICE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA'            |                                              |                       |                         |       |                      |
| ACCERTATA DALLA COMMISSIONE ASL DI                                    | <input type="text"/>                         | IN DATA               | <input type="text"/>    |       |                      |

## CHIEDE DI FRUIRE DEI SEGUENTI PERMESSI

☐**PERMESSI MENSILI (IN ALTERNATIVA AI PERMESSI ORARI GIORNALIERI)**

(TRE GIORNI AL MESE, NON FRAZIONABILI E, QUALORA NON FRUITI NON CUMULABILI CON QUELLI SPETTANTI NEL MESE SUCCESSIVO)

DA FRUIRSI NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE ENTRO LA FINE DEL MESE PRECEDENTE A QUELLO DI UTILIZZO

DA FRUIRSI PER:☐ TUTTO L'ANNO☐ I SEGUENTI MESI

BARRARE I MESI

GENNAIO; FEBBRAIO; MARZO; APRILE; MAGGIO; GIUGNO; LUGLIO; AGOSTO; SETTEMBRE;  
OTTOBRE; NOVEMBRE; DICEMBRE

## PERMESSI ORARI GIORNALIERI (IN ALTERNATIVA AI PERMESSI MENSILI)



PARI A 2 ORE DI PERMESSO AL GIORNO  
(IN CASO DI ORARIO GIORNALIERO PARI O  
SUPERIORE A 6 ORE)



PARI AD 1 ORA DI PERMESSO AL GIORNO  
(IN CASO DI ORARIO GIORNALIERO INFERIORE A 6 ORE)

DA FRUIRSI GIORNALMENTE NELLE ORE CHE SARANNO INDICATE ENTRO LA FINE DEL MESE PRECEDENTE A QUELLO DI UTILIZZO

DA FRUIRSI PER:

☐ TUTTO L'ANNO

☐ I SEGUENTI MESI

BARRARE I MESI

GENNAIO; FEBBRAIO; MARZO; APRILE; MAGGIO; GIUGNO; LUGLIO; AGOSTO; SETTEMBRE;  
OTTOBRE; NOVEMBRE; DICEMBRE

## DOCUMENTAZIONE ALLEGATA



CERTIFICATO RILASCIATO DALLA COMPETENTE COMMISSIONE ASL ATTESTANTE LO STATO DI GRAVITA' DELL'HANDICAP



PER I PORTATORI DI SINDROME DI DOWN, CERTIFICATO DEL PROPRIO MEDICO DI BASE CON ALLEGATA COPIA DEL CARIOTIPO



CERTIFICATO PROVVISORIO DEL MEDICO SPECIALISTA ASL



ALTRO

(INDICARE)

## DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITÀ E SI IMPEGNA A COMUNICARE LE EVENTUALI VARIAZIONI CHE DOVESSERO INTERVENIRE IN MERITO ALLE NOTIZIE E/O SITUAZIONI SOPRA RIPORTATE ED ALLEGATE.

SI IMPEGNA ALTRESI' A PRODURRE AL DATORE DI LAVORO LE COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA MODALITÀ DI FRUIZIONE E AL RELATIVO CALENDARIO DEI PERMESSI RICHIESTI, NONCHÉ LE EVENTUALI VARIAZIONI.

DICHIARA DI NON FRUIRE NEGLI STESSI PERIODI PER I QUALI HA RICHIESTO I BENEFICI DEI PERMESSI PER L'ASSISTENZA AD ALTRI PORTATORI DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## RICEVUTA

IL/LA SIGNOR/RA \_\_\_\_\_ HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI:



PERMESSI ORARI GIORNALIERI



PERMESSI MENSILI

DATA \_\_\_\_\_

PER L'AZIENDA \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 2

## GENITORE DI SOGGETTO MINORE DI ANNI TRE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE

## DOMANDA DI PROLUNGAMENTO DEL CONGEDO PARENTALE

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A

|                                                                      |                                 |                                              |                         |             |                      |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|-------------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                 | <input type="text"/>            | Nat_ il                                      | <input type="text"/>    | sexso       | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                                   | NOME                            |                                              | GIORNO MESE ANNO        | M o F       |                      |
| <input type="text"/>                                                 | <input type="text"/>            | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>    |             |                      |
| COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA                                     | PROV                            |                                              | CODICE FISCALE          |             |                      |
| <input type="text"/>                                                 | <input type="text"/>            |                                              |                         |             |                      |
| COMUNE DI RESIDENZA                                                  | INDIRIZZO (VIA PIAZZA FRAZIONE) |                                              |                         |             |                      |
| <input type="text"/>                                                 | <input type="text"/>            | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>    |             |                      |
| NUMERO CIVICO                                                        | PROV                            | CAP                                          | TELEFONO (CON PREFISSO) |             |                      |
| <input type="text"/>                                                 | <input type="text"/>            | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>    |             |                      |
| STRUTTURA DI APPARTENENZA                                            | UFFICIO                         | LIVELLO PROFESSIONALE                        |                         |             |                      |
| <u>TIPO DI CONTRATTO:</u> TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/> |                                 | TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/> |                         | ALTRO ..... |                      |
| PART TIME ORIZZONTALE <input type="checkbox"/>                       |                                 | PART TIME VERTICALE <input type="checkbox"/> |                         |             |                      |

## CHIEDE

☐

## DI FRUIRE DEL PROLUNGAMENTO DEL CONGEDO PARENTALE

Per il seguente periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

☐DICHIARA CHE IL PERIODO MASSIMO DI CONGEDO PARENTALE TEORICAMENTE SPETTANTE AL MEDESIMO  
E' TERMINATO IL \_\_\_\_\_<sup>31</sup>

<sup>31</sup> Il prolungamento del congedo è ammesso solo alla fine del periodo massimo previsto dalla legge per il normale congedo parentale.  
Esempi:

## PER IL/LA SEGUENTE BAMBINO/A

## DATI DEL FIGLIO/A IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

|                                                                                                                                                                                                           |                      |                                                   |                      |                                                                                                                   |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/> | Nat_ il                                           | <input type="text"/> | Sesso (MoF)                                                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                                                                                                                                                                        | NOME                 | GIORNO MESE ANNO                                  |                      |                                                                                                                   |                          |
| a <input type="text"/>                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/> | <input type="text"/>                              |                      |                                                                                                                   |                          |
| COMUNE                                                                                                                                                                                                    | PROV                 | CODICE FISCALE                                    |                      |                                                                                                                   |                          |
| <input type="checkbox"/> Proprio figlio naturale                                                                                                                                                          |                      | <input type="checkbox"/> Minore adottato/affidato |                      | } -data provvedimento di adozione/affidamento _____<br>-data di ingresso in famiglia dell'adottato/affidato _____ |                          |
| <input type="checkbox"/> IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE                                                                                                                                                  |                      |                                                   |                      |                                                                                                                   |                          |
| ACCERTATA DALLA COMMISSIONE ASL DI                                                                                                                                                                        |                      | <input type="text"/>                              |                      |                                                                                                                   |                          |
| IN DATA                                                                                                                                                                                                   |                      | <input type="text"/>                              |                      |                                                                                                                   |                          |
| <input type="checkbox"/> NON RICOVERATO A TEMPO PIENO (H24) PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI                                                                                                                 |                      |                                                   |                      |                                                                                                                   |                          |
| <input type="checkbox"/> RICOVERATO A TEMPO PIENO (H 24) PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI PER UN INTERVENTO CHIRURGICO O RIABILITATIVO O RICOVERATO IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE |                      |                                                   |                      |                                                                                                                   |                          |

## DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ CERTIFICATO RILASCIATO DALLA COMPETENTE COMMISSIONE ASL ATTESTANTE LO STATO DI GRAVITA' DELL'HANDICAP
- ☐ PER I PORTATORI DI SINDROME DI DOWN, CERTIFICATO DEL PROPRIO MEDICO DI BASE CON ALLEGATA COPIA DEL CARIOTIPO
- ☐ CERTIFICATO PROVVISORIO DEL MEDICO SPECIALISTA ASL
- ☐ DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE LA CONDIZIONE DI GENITORE SOLO
- ☐ CERTIFICAZIONE DI NASCITA DEL FIGLIO O AUTOCERTIFICAZIONE (qualora non sia già in possesso dell'azienda)
- ☐ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (O ATTO DI NOTORIETA') ATTESTANTE CHE
  - DURANTE IL PERIODO DI PROLUNGAMENTO L'ALTRO GENITORE NON USUFRUISCE DEL CONGEDO PARENTALE E DEI PERMESSI ORARI GIORNALIERI DI CUI ALLA LEGGE 104/92 (da non prodursi in caso di genitore solo)
  - IL FIGLIO NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI

1. MADRE LAVORATRICE: il prolungamento spetta trascorsi 6 mesi dalla fine del congedo di maternità (ex astensione obbligatoria)
2. GENITORE SOLO (in caso di non riconoscimento del figlio da parte dell'altro genitore, di abbandono del figlio, di morte dell'altro genitore, di affidamento del figlio al solo genitore richiedente): il prolungamento spetta trascorsi 10 mesi dalla fine del congedo di maternità (ex astensione obbligatoria).
3. PADRE LAVORATORE, SE LA MADRE E':
  - Casalinga (non avente diritto al congedo di maternità): il prolungamento spetta trascorsi 7 mesi dalla nascita del figlio;
  - Lavoratrice dipendente con diritto al congedo parentale: il prolungamento spetta trascorsi 7 mesi dalla nascita del figlio.

- ☐ IN CASO DI RICOVERO A TEMPO PIENO PER UN INTERVENTO CHIRURGICO O A SCOPO RIABILITATIVO CERTIFICAZIONE SANITARIA ATTESTANTE LA NECESSITA' DI ASSISTENZA AL MINORE DA PARTE DEL GENITORE O DI UN PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO
- ☐ IN CASO DI RICOVERO A TEMPO PIENO DICHIARAZIONE MEDICA ATTESTANTE CHE IL MINORE SI TROVA IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE, CORREDATA DALLA VALUTAZIONE DELLA NECESSITA' DI ASSISTENZA RILASCIATA DALLA STRUTTURA PRESSO LA QUALE IL DISABILE È RICOVERATO.
- ☐ ALTRO(INDICARE) \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITÀ E SI IMPEGNA A COMUNICARE LE EVENTUALI VARIAZIONI CHE DOVESSERO INTERVENIRE IN MERITO ALLE NOTIZIE E/O SITUAZIONI SOPRA RIPORTATE ED ALLEGATE.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### RICEVUTA

IL/LA SIGNOR/RA \_\_\_\_\_ HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI:

- ☐ PROLUNGAMENTO DEL CONGEDO PARENTALE

DATA \_\_\_\_\_

PER L'AZIENDA \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 3

GENITORI DI SOGGETTO MINORE DI ANNI TRE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE  
DOMANDA DI PERMESSI ORARI GIORNALIERI

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A

|                                                               |                                              |                                 |                         |       |                      |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-------|----------------------|
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>                         | Nat_ il                         | <input type="text"/>    | sesto | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                            | NOME                                         |                                 | GIORNO MESE ANNO        | M o F |                      |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>    |       |                      |
| COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA                              | PROV                                         |                                 | CODICE FISCALE          |       |                      |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>    |       |                      |
| COMUNE DI RESIDENZA                                           |                                              | INDIRIZZO (VIA PIAZZA FRAZIONE) |                         |       |                      |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>    |       |                      |
| NUMERO CIVICO                                                 | PROV                                         | CAP                             | TELEFONO (CON PREFISSO) |       |                      |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>    |       |                      |
| STRUTTURA DI APPARTENENZA                                     | UFFICIO                                      | LIVELLO PROFESSIONALE           |                         |       |                      |
| TIPO DI CONTRATTO: TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/> | TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/> | ALTRO .....                     |                         |       |                      |
| PART TIME ORIZZONTALE <input type="checkbox"/>                | PART TIME VERTICALE <input type="checkbox"/> |                                 |                         |       |                      |

## CHIEDE

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                  | <b>DI FRUIRE DEI PERMESSI ORARI GIORNALIERI (IN ALTERNATIVA AL PRLUNGAMENTO DEL CONGEDO PARENTALE)</b> |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                  | PARI A 2 ORE DI PERMESSO AL GIORNO<br>(IN CASO DI ORARIO GIORNALIERO PARI O SUPERIORE A 6 ORE)         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                  | PARI AD 1 ORA DI PERMESSO AL GIORNO<br>(IN CASO DI ORARIO GIORNALIERO INFERIORE A 6 ORE)               |
| DA FRUIRSI GIORNALMENTE NELLE ORE CHE SARANNO INDICATE ENTRO LA FINE DEL MESE PRECEDENTE A QUELLO DI UTILIZZO                                                             |                                                                                                        |
| DA FRUIRSI PER: <input type="checkbox"/> TUTTO L'ANNO                                                                                                                     |                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> I SEGUENTI MESI<br>BARRARE I MESI<br>GENNAIO; FEBBRAIO; MARZO; APRILE; MAGGIO; GIUGNO; LUGLIO; AGOSTO; SETTEMBRE;<br>OTTOBRE; NOVEMBRE; DICEMBRE |                                                                                                        |

## PER IL/LA SEGUENTE BAMBINO/A

## DATI DEL FIGLIO/A IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

|                        |                      |                      |                      |             |                      |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|----------------------|
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | Nat_ il              | <input type="text"/> | Sesso (MoF) | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA     | NOME                 | GIORNO MESE ANNO     |                      |             |                      |
| a <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |             |                      |
| COMUNE                 | PROV                 | CODICE FISCALE       |                      |             |                      |

☐ Proprio figlio naturale    ☐ Minore adottato/affidato } -data provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_  
-data di ingresso in famiglia dell'adottato/affidato \_\_\_\_\_

☐ IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE  
ACCERTATA DALLA COMMISSIONE ASL DI   
IN DATA

☐ NON RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI  
☐ RICOVERATO A TEMPO PIENO (H 24) PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI PER UN INTERVENTO CHIRURGICO O RIABILITATIVO O RICOVERATO IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE

## DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ CERTIFICATO RILASCIATO DALLA COMPETENTE COMMISSIONE ASL ATTESTANTE LO STATO DI GRAVITA' DELL'HANDICAP
- ☐ PER I PORTATORI DI SINDROME DI DOWN, CERTIFICATO DEL PROPRIO MEDICO DI BASE CON ALLEGATA COPIA DEL CARIOTIPO
- ☐ CERTIFICATO PROVVISORIO DEL MEDICO SPECIALISTA ASL
- ☐ CERTIFICAZIONE DI NASCITA DEL FIGLIO O AUTOCERTIFICAZIONE (qualora non sia già in possesso dell'azienda)
- ☐ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (O ATTO DI NOTORIETA') ATTESTANTE
- CHE DURANTE IL PERIODO DI FRUIZIONE DEI PERMESSI L'ALTRO GENITORE NON USUFRUISCE DEI MEDESIMI BENEFICI NE' DEL PROLUNGAMENTO DEL CONGEDO PARENTALE (da non prodursi in caso di genitore solo)
- CHE IL FIGLIO NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI
- ☐ IN CASO DI RICOVERO A TEMPO PIENO PER UN INTERVENTO CHIRURGICO O A SCOPO RIABILITATIVO CERTIFICAZIONE SANITARIA ATTESTANTE LA NECESSITA' DI ASSISTENZA AL MINORE DA PARTE DEL GENITORE O DI UN PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO
- ☐ IN CASO DI RICOVERO A TEMPO PIENO DICHIARAZIONE MEDICA ATTESTANTE CHE IL MINORE SI TROVA IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE, CORREDATA DALLA VALUTAZIONE DELLA NECESSITA' DI ASSISTENZA RILASCIATA DALLA STRUTTURA PRESSO LA QUALE IL DISABILE E' RICOVERATO
- ☐ ALTRO(INDICARE) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITÀ E SI IMPEGNA A COMUNICARE LE EVENTUALI VARIAZIONI CHE DOVESSERO INTERVENIRE IN MERITO ALLE NOTIZIE E/O SITUAZIONI SOPRA RIPORTATE ED ALLEGATE.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**RICEVUTA**

IL/LA SIGNOR/RA \_\_\_\_\_ HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI:

☐ PERMESSI ORARI GIORNALIERI

DATA \_\_\_\_\_

PER L'AZIENDA \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 4

GENITORI DI SOGGETTO MINORENNE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE  
DOMANDA DI PERMESSI MENSILI

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A

|                                                                      |                                              |                                 |                         |       |                      |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                 | <input type="text"/>                         | Nat_ il                         | <input type="text"/>    | sesto | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                                   | NOME                                         |                                 | GIORNO MESE ANNO        | M o F |                      |
| <input type="text"/>                                                 | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>    |       |                      |
| COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA                                     | PROV                                         |                                 | CODICE FISCALE          |       |                      |
| <input type="text"/>                                                 | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>    |       |                      |
| COMUNE DI RESIDENZA                                                  |                                              | INDIRIZZO (VIA PIAZZA FRAZIONE) |                         |       |                      |
| <input type="text"/>                                                 | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>    |       |                      |
| NUMERO CIVICO                                                        | PROV                                         | CAP                             | TELEFONO (CON PREFISSO) |       |                      |
| <input type="text"/>                                                 | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>    |       |                      |
| STRUTTURA DI APPARTENENZA                                            | UFFICIO                                      |                                 | LIVELLO PROFESSIONALE   |       |                      |
| <u>TIPO DI CONTRATTO:</u> TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/> | TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/> |                                 | ALTRO .....             |       |                      |
| PART TIME ORIZZONTALE <input type="checkbox"/>                       | PART TIME VERTICALE <input type="checkbox"/> |                                 |                         |       |                      |

## CHIEDE

|                          |                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>DI FRUIRE DEI PERMESSI MENSILI DI CUI ALLA LEGGE 104/92</b><br>(TRE GIORNI AL MESE, FRAZIONABILI A GIORNI ED A ORE E, QUALORA NON FRUITI NON CUMULABILI CON QUELLI SPETTANTI NEL MESE SUCCESSIVO)                                         |
| <input type="checkbox"/> | DA FRUIRSI NELLA MODALITA' (CONTINUATIVA O FRAZIONATA, A GIORNI O AD ORE) E SECONDO IL CALENDARIO CHE SARA' INDICATO (ED IN CASO DI FRUIZIONE IN FORMA ORARIA FRAZIONATA, CONCORDATO) ENTRO LA FINE DEL MESE PRECEDENTE A QUELLO DI UTILIZZO |
| <u>DA FRUIRSI PER:</u>   | <input type="checkbox"/> TUTTO L'ANNO                                                                                                                                                                                                        |
|                          | <input type="checkbox"/> <u>I SEGUENTI MESI</u><br>BARRARE I MESI<br>GENNAIO; FEBBRAIO; MARZO; APRILE; MAGGIO; GIUGNO; LUGLIO; AGOSTO; SETTEMBRE;<br>OTTOBRE; NOVEMBRE; DICEMBRE                                                             |

## PER IL/LA SEGUENTE BAMBINO/A

## DATI DEL FIGLIO/A IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

|                                                                                                                                                 |                      |                                                   |                      |                                                                                                                   |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                                                                                            | <input type="text"/> | Nat_ il                                           | <input type="text"/> | Sesso (MoF)                                                                                                       | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                                                                                                              | NOME                 | GIORNO MESE ANNO                                  |                      |                                                                                                                   |                      |
| a <input type="text"/>                                                                                                                          | <input type="text"/> | <input type="text"/>                              |                      |                                                                                                                   |                      |
| COMUNE                                                                                                                                          | PROV                 | CODICE FISCALE                                    |                      |                                                                                                                   |                      |
| <input type="checkbox"/> Proprio figlio naturale                                                                                                |                      | <input type="checkbox"/> Minore adottato/affidato |                      | } -data provvedimento di adozione/affidamento _____<br>-data di ingresso in famiglia dell'adottato/affidato _____ |                      |
| <input type="checkbox"/> IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE                                                                                        |                      |                                                   |                      |                                                                                                                   |                      |
| ACCERTATA DALLA COMMISSIONE ASL DI                                                                                                              |                      | <input type="text"/>                              |                      |                                                                                                                   |                      |
| IN DATA                                                                                                                                         |                      | <input type="text"/>                              |                      |                                                                                                                   |                      |
| <input type="checkbox"/> NON RICOVERATO A TEMPO PIENO (H 24) PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI                                                      |                      |                                                   |                      |                                                                                                                   |                      |
| <input type="checkbox"/> RICOVERATO A TEMPO PIENO (H 24) PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE |                      |                                                   |                      |                                                                                                                   |                      |

## DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ CERTIFICATO RILASCIATO DALLA COMPETENTE COMMISSIONE ASL ATTESTANTE LO STATO DI GRAVITA' DELL'HANDICAP
- ☐ PER I PORTATORI DI SINDROME DI DOWN, CERTIFICATO DEL PROPRIO MEDICO DI BASE CON ALLEGATA COPIA DEL CARIOTIPO
- ☐ CERTIFICATO PROVVISORIO DEL MEDICO SPECIALISTA ASL
- ☐ CERTIFICAZIONE DI NASCITA DEL FIGLIO O AUTOCERTIFICAZIONE (qualora non sia già in possesso dell'azienda)
- ☐ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (O ATTO DI NOTORIETA') ATTESTANTE:
  - CHE DURANTE IL PERIODO DI FRUIZIONE DEI PERMESSI L'ALTRO GENITORE NON FRUISCE DEI MEDESIMI BENEFICI (da non prodursi in caso di genitore solo) ) O, NEL CASO IN CUI NE FRUISCA, L'EVENTUALE RIPARTIZIONE DEI PERMESSI TRA I GENITORI
  - CHE IL FIGLIO NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI
- ☐ IN CASO DI RICOVERO A TEMPO PIENO DICHIARAZIONE MEDICA ATTESTANTE CHE IL MINORE SI TROVA IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE, CORREDATA DALLA VALUTAZIONE DELLA NECESSITA' DI ASSISTENZA RILASCIATA DALLA STRUTTURA PRESSO LA QUALE IL DISABILE E' RICOVERATO
- ☐ ALTRO(INDICARE) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITÀ E SI IMPEGNA A COMUNICARE LE EVENTUALI VARIAZIONI CHE DOVESSERO INTERVENIRE IN MERITO ALLE NOTIZIE E/O SITUAZIONI SOPRA RIPORTATE ED ALLEGATE.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**RICEVUTA**

IL/LA SIGNOR/RA \_\_\_\_\_ HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI:

☐ PERMESSI MENSILI

DATA \_\_\_\_\_

PER L'AZIENDA \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 5

GENITORI DI SOGGETTO MAGGIORENNE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE  
DOMANDA DI PERMESSI MENSILI

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A

|                                                               |                                 |                                              |                         |             |                      |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|-------------|----------------------|
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>            | Nat_ il                                      | <input type="text"/>    | sesto       | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                            | NOME                            |                                              | GIORNO MESE ANNO        | M o F       |                      |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>            | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>    |             |                      |
| COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA                              | PROV                            |                                              | CODICE FISCALE          |             |                      |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>            |                                              |                         |             |                      |
| COMUNE DI RESIDENZA                                           | INDIRIZZO (VIA PIAZZA FRAZIONE) |                                              |                         |             |                      |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>            | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>    |             |                      |
| NUMERO CIVICO                                                 | PROV                            | CAP                                          | TELEFONO (CON PREFISSO) |             |                      |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>            | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>    |             |                      |
| STRUTTURA DI APPARTENENZA                                     | UFFICIO                         | LIVELLO PROFESSIONALE                        |                         |             |                      |
| TIPO DI CONTRATTO: TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/> |                                 | TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/> |                         | ALTRO ..... |                      |
| PART TIME ORIZZONTALE <input type="checkbox"/>                |                                 | PART TIME VERTICALE <input type="checkbox"/> |                         |             |                      |

## CHIEDE

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                              | <b>DI FRUIRE DEI PERMESSI MENSILI DI CUI ALLA LEGGE 104/92</b><br>(TRE GIORNI AL MESE, FRAZIONABILI A GIORNI ED A ORE E, QUALORA NON FRUITI NON CUMULABILI CON QUELLI SPETTANTI NEL MESE SUCCESSIVO)                                         |
| <input type="checkbox"/>                              | DA FRUIRSI NELLA MODALITA' (CONTINUATIVA O FRAZIONATA, A GIORNI O AD ORE) E SECONDO IL CALENDARIO CHE SARA' INDICATO (ED IN CASO DI FRUIZIONE IN FORMA ORARIA FRAZIONATA, CONCORDATO) ENTRO LA FINE DEL MESE PRECEDENTE A QUELLO DI UTILIZZO |
| <input type="checkbox"/>                              | DA FRUIRSI SECONDO LA PIANIFICAZIONE MENSILE INDICATA NEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA                                                                                                                                                            |
| DA FRUIRSI PER: <input type="checkbox"/> TUTTO L'ANNO |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/>                              | <b>I SEGUENTI MESI</b><br>BARRARE I MESI<br>GENNAIO; FEBBRAIO; MARZO; APRILE; MAGGIO; GIUGNO; LUGLIO; AGOSTO; SETTEMBRE;<br>OTTOBRE; NOVEMBRE; DICEMBRE                                                                                      |

## PER IL/LA SEGUENTE FIGLIO/A

## DATI DEL FIGLIO/A IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

|                                                                                                                                                 |                      |                      |                      |             |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                                                                                            | <input type="text"/> | Nat_ il              | <input type="text"/> | Sesso (MoF) | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                                                                                                              | NOME                 | GIORNO MESE ANNO     |                      |             |                      |
| a <input type="text"/>                                                                                                                          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |             |                      |
| COMUNE                                                                                                                                          | PROV                 | CODICE FISCALE       |                      |             |                      |
| <input type="checkbox"/> IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE                                                                                        |                      |                      |                      |             |                      |
| ACCERTATA DALLA COMMISSIONE ASL DI <input type="text"/>                                                                                         |                      |                      |                      |             |                      |
| IN DATA <input type="text"/>                                                                                                                    |                      |                      |                      |             |                      |
| <input type="checkbox"/> NON RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI                                                             |                      |                      |                      |             |                      |
| <input type="checkbox"/> RICOVERATO A TEMPO PIENO (H 24) PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE |                      |                      |                      |             |                      |

## DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ CERTIFICATO RILASCIATO DALLA COMPETENTE COMMISSIONE ASL ATTESTANTE LO STATO DI GRAVITA' DELL'HANDICAP
  - ☐ PER I PORTATORI DI SINDROME DI DOWN, CERTIFICATO DEL PROPRIO MEDICO DI BASE CON ALLEGATA COPIA DEL CARIOTIPO
  - ☐ CERTIFICATO PROVVISORIO DEL MEDICO SPECIALISTA ASL
  - ☐ CERTIFICATO O AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA DEL RICHIEDENTE
  - ☐ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (O ATTO DI NOTORIETA') ATTESTANTE:
    - CHE DURANTE IL PERIODO DI FRUIZIONE DEI PERMESSI L'ALTRO GENITORE NON FRUISCE DEI MEDESIMI BENEFICI (da non prodursi in caso di genitore solo) O, NEL CASO IN CUI NE FRUISCA, L'EVENTUALE RIPARTIZIONE DEI TRE GIORNI DI PERMESSO TRA I GENITORI
    - CHE IL FIGLIO NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI
  - ☐ IN CASO DI RICOVERO A TEMPO PIENO DICHIARAZIONE MEDICA ATTESTANTE CHE IL FIGLIO SI TROVA IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE, CORREDATA DALLA VALUTAZIONE DELLA NECESSITA' DI ASSISTENZA RILASCIATA DALLA STRUTTURA PRESSO LA QUALE IL DISABILE E' RICOVERATO.
- Inoltre, IN CASO DI NON CONVIVENZA**
- ☐ CERTIFICATO DI RESIDENZA DEL FIGLIO DISABILE
  - ☐ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (O ATTO DI NOTORIETA') ATTESTANTE:

- CHE NESSUN PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO DEL DISABILE FRUISCE PER IL MEDESIMO SOGGETTO DEI BENEFICI IN ESAME (esclusività dell'assistenza)

IN CASO DI LONTANANZA TRA LE DUE ABITAZIONI SUPERIORE A CIRCA UN'ORA:

- "PROGRAMMA DI ASSISTENZA" A FIRMA CONGIUNTA DEL RICHIEDENTE E DEL FIGLIO DISABILE PER CUI E' RICHiesto IL BENEFICIO E RELATIVA VALUTAZIONE DI CONGRUITA' REDATTA DAL MEDICO SPECIALISTA NELLA PATOLOGIA DEL DISABILE.

☐ ALTRO(INDICARE) \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITÀ E SI IMPEGNA A COMUNICARE LE EVENTUALI VARIAZIONI CHE DOVESSERO INTERVENIRE IN MERITO ALLE NOTIZIE E/O SITUAZIONI SOPRA RIPORTATE ED ALLEGATE.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## RICEVUTA

IL/LA SIGNOR/RA \_\_\_\_\_ HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI:

☐ PERMESSI MENSILI

DATA \_\_\_\_\_

PER L'AZIENDA \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 6

FAMILIARI DI SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE  
DOMANDA DI PERMESSI MENSILI

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A

|                                                               |                                 |                                              |                         |             |                      |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|-------------|----------------------|
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>            | Nat_ il                                      | <input type="text"/>    | sexso       | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                            | NOME                            |                                              | GIORNO MESE ANNO        | M o F       |                      |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>            | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>    |             |                      |
| COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA                              | PROV                            |                                              | CODICE FISCALE          |             |                      |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>            |                                              |                         |             |                      |
| COMUNE DI RESIDENZA                                           | INDIRIZZO (VIA PIAZZA FRAZIONE) |                                              |                         |             |                      |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>            | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>    |             |                      |
| NUMERO CIVICO                                                 | PROV                            | CAP                                          | TELEFONO (CON PREFISSO) |             |                      |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>            | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>    |             |                      |
| STRUTTURA DI APPARTENENZA                                     | UFFICIO                         | LIVELLO PROFESSIONALE                        |                         |             |                      |
| TIPO DI CONTRATTO: TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/> |                                 | TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/> |                         | ALTRO ..... |                      |
| PART TIME ORIZZONTALE <input type="checkbox"/>                |                                 | PART TIME VERTICALE <input type="checkbox"/> |                         |             |                      |

## CHIEDE

☐ **DI FRUIRE DEI PERMESSI MENSILI DI CUI ALLA LEGGE 104/92**  
(TRE GIORNI AL MESE, FRAZIONABILI A GIORNI ED A ORE E, QUALORA NON FRUITI NON CUMULABILI CON QUELLI SPETTANTI NEL MESE SUCCESSIVO)

☐ DA FRUIRSI NELLA MODALITA' (CONTINUATIVA O FRAZIONATA, A GIORNI O AD ORE) E SECONDO IL CALENDARIO CHE SARA' INDICATO (ED IN CASO DI FRUIZIONE IN FORMA ORARIA FRAZIONATA, CONCORDATO) ENTRO LA FINE DEL MESE PRECEDENTE A QUELLO DI UTILIZZO

☐ DA FRUIRSI SECONDO LA PIANIFICAZIONE MENSILE INDICATA NEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA

DA FRUIRSI PER: ☐ TUTTO L'ANNO

☐ I SEGUENTI MESI  
BARRARE I MESI  
GENNAIO; FEBBRAIO; MARZO; APRILE; MAGGIO; GIUGNO; LUGLIO; AGOSTO; SETTEMBRE;  
OTTOBRE; NOVEMBRE; DICEMBRE

## PER IL/LA SEGUENTE FAMILIARE

## DATI DEL SOGGETTO IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

Nat\_ il  Sesso ☐  
COGNOME DI NASCITA NOME GIORNO MESE ANNO  
a     
COMUNE PROV CODICE FISCALE

☐ IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

ACCERTATA DALLA COMMISSIONE ASL DI

IN DATA

☐ NON RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI

☐ RICOVERATO A TEMPO PIENO (H 24) PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE

## DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ CERTIFICATO RILASCIATO DALLA COMPETENTE COMMISSIONE ASL ATTESTANTE LO STATO DI GRAVITA' DELL'HANDICAP

☐ PER I PORTATORI DI SINDROME DI DOWN, CERTIFICATO DEL PROPRIO MEDICO DI BASE CON ALLEGATA COPIA DEL CARIOTIPO

☐ CERTIFICATO PROVVISORIO DEL MEDICO SPECIALISTA ASL

## INOLTRE

IN CASO DI CONVIVENZA

☐ CERTIFICATO O AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA DEL RICHIEDENTE

☐ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (O ATTO DI NOTORIETA') ATTESTANTE:

- CHE NESSUN ALTRO FAMILIARE FRUISCE DEI MEDESIMI BENEFICI PER IL MEDESIMO SOGGETTO
- CHE IL FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI
- CHE IL FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE HA SCELTO ED ACCETTATO DI ESSERE ASSISTITO DAL LVAORATORE RICHIEDENTE

- ☐ IN CASO DI RICOVERO A TEMPO PIENO DICHIARAZIONE MEDICA ATTESTANTE CHE IL FAMILIARE SI TROVA IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE, CORREDATA DALLA VALUTAZIONE DELLA NECESSITÀ DI ASSISTENZA RILASCIATA DALLA STRUTTURA PRESSO LA QUALE IL DISABILE È RICOVERATO.

➤ **IN CASO DI NON CONVIVENZA:**

- CERTIFICATO DI RESIDENZA DEL PORTATORE DI HANDICAP

- ☐ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (O ATTO DI NOTORIETÀ) ATTESTANTE:

- CHE NESSUN ALTRO FAMILIARE FRUISCE DEI MEDESIMI BENEFICI PER IL MEDESIMO SOGGETTO
- CHE IL FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE HA SCELTO ED ACCETTATO DI ESSERE ASSISTITO DAL LVAORATORE RICHIEDENTE
- CHE IL FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE NON È RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI

- ☐ IN CASO DI RICOVERO A TEMPO PIENO DICHIARAZIONE MEDICA ATTESTANTE CHE IL FAMILIARE SI TROVA IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE, CORREDATA DALLA VALUTAZIONE DELLA NECESSITÀ DI ASSISTENZA RILASCIATA DALLA STRUTTURA PRESSO LA QUALE IL DISABILE È RICOVERATO.

**INOLTRE, IN CASO DI LONTANAZA TRA LE DUE ABITAZIONI SUPERIORE AD UN'ORA:**

- ☐ PROGRAMMA DI ASSISTENZA A FIRMA CONGIUNTA DEL RICHIEDENTE E DEL FAMILIARE DISABILE E RELATIVA VALUTAZIONE DI CONGRUITÀ REDATTA DAL MEDICO SPECIALISTA NELLA PATOLOGIA DEL DISABILE.

- ☐ ALTRO(INDICARE) \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITÀ E SI IMPEGNA A COMUNICARE LE EVENTUALI VARIAZIONI CHE DOVESSERO INTERVENIRE IN MERITO ALLE NOTIZIE E/O SITUAZIONI SOPRA RIPORTATE ED ALLEGATE.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## RICEVUTA

IL/ ☐ SIGNOR/RA \_\_\_\_\_ HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI PERMESSI MENSILI

DATA \_\_\_\_\_

PER L'AZIENDA \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 7

GENITORI DI UN SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE  
DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A

|                                                                       |                                              |                                 |                         |       |                      |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | Nat_ il                         | <input type="text"/>    | sesto | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                                    | NOME                                         |                                 | GIORNO MESE ANNO        | M o F |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>    |       |                      |
| COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA                                      | PROV                                         |                                 | CODICE FISCALE          |       |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>    |       |                      |
| COMUNE DI RESIDENZA                                                   |                                              | INDIRIZZO (VIA PIAZZA FRAZIONE) |                         |       |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>    |       |                      |
| NUMERO CIVICO                                                         | PROV                                         | CAP                             | TELEFONO (CON PREFISSO) |       |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>    |       |                      |
| STRUTTURA DI APPARTENENZA                                             | UFFICIO                                      | LIVELLO PROFESSIONALE           |                         |       |                      |
| <u>TIPO DI CONTRATTO</u> : TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/> | TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/> | ALTRO .....                     |                         |       |                      |
| PART TIME ORIZZONTALE <input type="checkbox"/>                        | PART TIME VERTICALE <input type="checkbox"/> |                                 |                         |       |                      |

## CHIEDE

☐

DI FRUIRE DEL CONGEDO STRAORDINARIO SPETTANTE AI GENITORI DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE

Per il seguente periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

## PER IL/LA SEGUENTE FIGLIO/A

## DATI DEL/LA FIGLIO/A IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

|                                                                                                                                                                            |                      |                      |                      |             |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                                                                                                                       | <input type="text"/> | Nat_ il              | <input type="text"/> | Sesso (MoF) | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                                                                                                                                         | NOME                 | GIORNO MESE ANNO     |                      |             |                      |
| a <input type="text"/>                                                                                                                                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |             |                      |
| COMUNE                                                                                                                                                                     | PROV                 | CODICE FISCALE       |                      |             |                      |
| <input type="checkbox"/> IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE                                                                                                                   |                      |                      |                      |             |                      |
| ACCERTATA DALLA COMMISSIONE ASL DI <input type="text"/>                                                                                                                    |                      |                      |                      |             |                      |
| IN DATA <input type="text"/>                                                                                                                                               |                      |                      |                      |             |                      |
| <input type="checkbox"/> NON RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI                                                                                        |                      |                      |                      |             |                      |
| <input type="checkbox"/> RICOVERATO A TEMPO PIENO (H 24) PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE                            |                      |                      |                      |             |                      |
| <input type="checkbox"/> (IN CASO DI FIGLIO MINORE DI TRE ANNI) RICOVERATO A TEMPO PIENO (H 24) PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI PER UN INTERVENTO CHIRURGICO O RIABILITATIVO |                      |                      |                      |             |                      |
| <input type="checkbox"/> NON IMPEGNATO IN ATTIVITA' LAVORATIVA                                                                                                             |                      |                      |                      |             |                      |

## DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ CERTIFICATO RILASCIATO DALLA COMPETENTE COMMISSIONE ASL ATTESTANTE LO STATO DI GRAVITA' DELL'HANDICAP
- ☐ PER I PORTATORI DI SINDROME DI DOWN, CERTIFICATO DEL PROPRIO MEDICO DI BASE CON ALLEGATA COPIA DEL CARIOTIPO
- ☐ CERTIFICATO PROVVISORIO DEL MEDICO SPECIALISTA ASL
- ☐ CERTIFICAZIONE DI NASCITA DEL FIGLIO O AUTOCERTIFICAZIONE (qualora non sia già in possesso dell'azienda)
- ☐ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (O ATTO DI NOTORIETA') ATTESTANTE:
  - GLI EVENTUALI PERIODI DI CONGEDO STRAORDINARIO EVENTUALMENTE GIA' FRUITI DA PARTE DEL RICHIEDENTE E DELL'ALTRO GENITORE CON SPECIFICAZIONE DI QUELLI FRUITI PER IL FIGLIO DA ASSISTERE;
  - GLI EVENTUALI PERIODI DI CONGEDO STRAORDINARIO FRUITI DA PARTE DEL CONIUGE DEL FIGLIO DISABILE PER ASSISTERE IL MEDESIMO;
  - GLI EVENTUALI PERIODI DI ASPETTATIVA PER MOTIVI FAMILIARI/ PERSONALI EVENTUALMENTE GIA' FRUITI DA PARTE DEL RICHIEDENTE;
  - CHE DURANTE IL PERIODO DI FRUIZIONE DEL CONGEDO NE' L'ALTRO GENITORE NE' IL CONIUGE DEL FIGLIO FRUISCONO, PER IL MEDESIMO, DEL CONGEDO STRAORDINARIO, DEGLI ALTRI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92, NE' DEL CONGEDO PARENTALE ;
  - CHE IL FIGLIO NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI E NON E' IMPEGNATO IN ATTIVITA' LAVORATIVA

- ☐ IN CASO DI RICOVERO A TEMPO PIENO DICHIARAZIONE MEDICA ATTESTANTE CHE IL FIGLIO SI TROVA IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE, CORREDATA DALLA VALUTAZIONE DELLA NECESSITÀ DI ASSISTENZA RILASCIATA DALLA STRUTTURA PRESSO LA QUALE IL DISABILE È RICOVERATO.
- ☐ IN CASO DI RICOVERO A TEMPO PIENO PER UN INTERVENTO CHIRURGICO O A SCOPO RIABILITATIVO CERTIFICAZIONE SANITARIA ATTESTANTE LA NECESSITÀ DI ASSISTENZA AL MINORE DI TRE ANNI DA PARTE DEL GENITORE O DI UN PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO
- ☐ ALTRO(INDICARE) \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITÀ E SI IMPEGNA A COMUNICARE LE EVENTUALI VARIAZIONI CHE DOVESSERO INTERVENIRE IN MERITO ALLE NOTIZIE E/O SITUAZIONI SOPRA RIPORTATE ED ALLEGATE.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### RICEVUTA

IL/LA SIGNOR/RA \_\_\_\_\_ HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI:

☐ PERMESSI MENSILI

DATA \_\_\_\_\_

PER L'AZIENDA \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 8****FRATELLI O SORELLE DI UN SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE  
DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO****IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

|                                                                       |                                              |                       |                         |       |                      |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | Nat_ il               | <input type="text"/>    | sesto | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                                    | NOME                                         |                       | GIORNO MESE ANNO        | M o F |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>  | <input type="text"/>    |       |                      |
| COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA                                      | PROV                                         |                       | CODICE FISCALE          |       |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         |                       |                         |       |                      |
| COMUNE DI RESIDENZA                                                   | INDIRIZZO (VIA PIAZZA FRAZIONE)              |                       |                         |       |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>  | <input type="text"/>    |       |                      |
| NUMERO CIVICO                                                         | PROV                                         | CAP                   | TELEFONO (CON PREFISSO) |       |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>  | <input type="text"/>    |       |                      |
| STRUTTURA DI APPARTENENZA                                             | UFFICIO                                      | LIVELLO PROFESSIONALE |                         |       |                      |
| <u>TIPO DI CONTRATTO</u> : TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/> | TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/> | ALTRO .....           |                         |       |                      |
| PART TIME ORIZZONTALE <input type="checkbox"/>                        | PART TIME VERTICALE <input type="checkbox"/> |                       |                         |       |                      |

**CHIEDE**☐

DI FRUIRE DEL CONGEDO STRAORDINARIO SPETTANTE AI FRATELLI/SORELLE DI SOGGETTI  
PORTATORI DI HANDICAP GRAVE

**Per il seguente periodo:**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

## PER IL/LA SEGUENTE FRATELLO/SORELLA

## DATI DEL SOGGETTO IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

|                                                                                                                                                 |                      |                      |                      |             |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                                                                                            | <input type="text"/> | Nat_ il              | <input type="text"/> | Sesso (MoF) | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                                                                                                              | NOME                 | GIORNO MESE ANNO     |                      |             |                      |
| a <input type="text"/>                                                                                                                          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |             |                      |
| COMUNE                                                                                                                                          | PROV                 | CODICE FISCALE       |                      |             |                      |
| <input type="checkbox"/> IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE                                                                                        |                      |                      |                      |             |                      |
| ACCERTATA DALLA COMMISSIONE ASL DI <input type="text"/>                                                                                         |                      |                      |                      |             |                      |
| IN DATA <input type="text"/>                                                                                                                    |                      |                      |                      |             |                      |
| <input type="checkbox"/> NON RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI                                                             |                      |                      |                      |             |                      |
| <input type="checkbox"/> RICOVERATO A TEMPO PIENO (H 24) PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE |                      |                      |                      |             |                      |
| <input type="checkbox"/> NON IMPEGNATO IN ATTIVITA' LAVORATIVA                                                                                  |                      |                      |                      |             |                      |

## DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ CERTIFICATO RILASCIATO DALLA COMPETENTE COMMISSIONE ASL ATTESTANTE LO STATO DI GRAVITA' DELL'HANDICAP
- ☐ PER I PORTATORI DI SINDROME DI DOWN, CERTIFICATO DEL PROPRIO MEDICO DI BASE CON ALLEGATA COPIA DEL CARIOTIPO
- ☐ CERTIFICATO PROVVISORIO DEL MEDICO SPECIALISTA ASL
- ☐ STATO DI FAMIGLIA DEL RICHIEDENTE O AUTOCERTIFICAZIONE (per dimostrare la situazione di convivenza)
- ☐ AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA PARENTELA CON IL SOGGETTO DA ASSISTERE
- ☐ CERTIFICATO DI MORTE DEI GENITORI O, E NEL CASO IN CUI SIANO IN VITA, DOCUMENTAZIONE MEDICA ATTESTANTE LA TOTALE INABILITA' DEI MEDESIMI
- ☐ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (O ATTO DI NOTORIETA') ATTESTANTE:
  - GLI EVENTUALI PERIODI DI CONGEDO STRAORDINARIO EVENTUALMENTE GIA' FRUITI DA PARTE DEL RICHIEDENTE E DEGLI ALTRI FAMILIARI (GENITORI, ALTRI FRATELLI E SORELLE, CONIUGE DEL DISABILE) CON SPECIFICAZIONE DI QUELLI FRUITI PER IL SOGGETTO DA ASSISTERE;
  - GLI EVENTUALI PERIODI DI ASPETTATIVA PER MOTIVI FAMILIARI/ PERSONALI EVENTUALMENTE GIA' FRUITI DA PARTE DEL RICHIEDENTE;

- CHE DURANTE IL PERIODO DI FRUIZIONE DEL CONGEDO NE' ALTRO FRATELLO O SORELLA O NE" IL CONIUGE DEL DISABILE FRUISCONO, PER LO STESSO SOGGETTO, DEL CONGEDO STRAORDINARIO NE' DEGLI ALTRI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92;
  - CHE IL SOGGETTO DA ASSISTERE NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI E NON E' IMPEGNATO IN ATTIVITA' LAVORATIVA
- ☐ IN CASO DI RICOVERO A TEMPO PIENO DICHIARAZIONE MEDICA ATTESTANTE CHE IL/LA FRATELLO/SORELLA SI TROVA IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE, CORREDATA DALLA VALUTAZIONE DELLA NECESSITA' DI ASSISTENZA RILASCIATA DALLA STRUTTURA PRESSO LA QUALE IL DISABILE È RICOVERATO.

☐ ALTRO(INDICARE) \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITÀ E SI IMPEGNA A COMUNICARE LE EVENTUALI VARIAZIONI CHE DOVESSERO INTERVENIRE IN MERITO ALLE NOTIZIE E/O SITUAZIONI SOPRA RIPORTATE ED ALLEGATE.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### RICEVUTA

IL/LA SIGNOR/RA \_\_\_\_\_ HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI:

☐ PERMESSI MENSILI

DATA \_\_\_\_\_

PER L'AZIENDA \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 9****CONIUGE DI UN SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE  
DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO****IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

|                                                                       |                                              |                       |                         |               |                      |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | Nat_ il               | <input type="text"/>    | sess<br>M o F | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                                                    | NOME                                         |                       | GIORNO MESE ANNO        |               |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>  | <input type="text"/>    |               |                      |
| COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA                                      | PROV                                         |                       | CODICE FISCALE          |               |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         |                       |                         |               |                      |
| COMUNE DI RESIDENZA                                                   | INDIRIZZO (VIA PIAZZA FRAZIONE)              |                       |                         |               |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>  | <input type="text"/>    |               |                      |
| NUMERO CIVICO                                                         | PROV                                         | CAP                   | TELEFONO (CON PREFISSO) |               |                      |
| <input type="text"/>                                                  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>  | <input type="text"/>    |               |                      |
| STRUTTURA DI APPARTENENZA                                             | UFFICIO                                      | LIVELLO PROFESSIONALE |                         |               |                      |
| <u>TIPO DI CONTRATTO</u> : TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/> | TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/> | ALTRO .....           |                         |               |                      |
| PART TIME ORIZZONTALE <input type="checkbox"/>                        | PART TIME VERTICALE <input type="checkbox"/> |                       |                         |               |                      |

**CHIEDE**☐

DI FRUIRE DEL CONGEDO STRAORDINARIO SPETTANTE AL CONIUGE DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE

**Per il seguente periodo:**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

## PER IL/LA SEGUENTE CONIUGE

## DATI DEL SOGGETTO IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

Nat\_ il  Sesso ☐  
COGNOME DI NASCITA NOME GIORNO MESE ANNO  
a     
COMUNE PROV CODICE FISCALE

☐ IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

ACCERTATA DALLA COMMISSIONE ASL DI

IN DATA

☐ NON RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI

☐ RICOVERATO A TEMPO PIENO (H 24) PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE

☐ NON IMPEGNATO IN ATTIVITA' LAVORATIVA

## DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ CERTIFICATO RILASCIATO DALLA COMPETENTE COMMISSIONE ASL ATTESTANTE LO STATO DI GRAVITA' DELL'HANDICAP

☐ PER I PORTATORI DI SINDROME DI DOWN, CERTIFICATO DEL PROPRIO MEDICO DI BASE CON ALLEGATA COPIA DEL CARIOTIPO

☐ CERTIFICATO PROVVISORIO DEL MEDICO SPECIALISTA ASL

☐ STATO DI FAMIGLIA DEL RICHIEDENTE O AUTOCERTIFICAZIONE (per dimostrare la situazione di convivenza)

☐ AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA PARENTELA CON IL SOGGETTO DA ASSISTERE

☐ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (O ATTO DI NOTORIETA') ATTESTANTE:

- GLI EVENTUALI PERIODI DI CONGEDO STRAORDINARIO EVENTUALMENTE GIA' FRUITI DA PARTE DEL RICHIEDENTE E DEGLI ALTRI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI E SORELLE DEL CONIUGE DISABILE) CON SPECIFICAZIONE DI QUELLI FRUITI PER IL SOGGETTO DA ASSISTERE;
- GLI EVENTUALI PERIODI DI ASPETTATIVA PER MOTIVI FAMILIARI/ PERSONALI EVENTUALMENTE GIA' FRUITI DA PARTE DEL RICHIEDENTE;
- CHE DURANTE IL PERIODO DI FRUIZIONE DEL CONGEDO NESSUN ALTRO FAMILIARE (GENITORI, FRATELLO O SORELLA DEL DISABILE) FRUISCONO, PER LO STESSO SOGGETTO, DEL CONGEDO STRAORDINARIO NE' DEGLI ALTRI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92;
- CHE IL SOGGETTO DA ASSISTERE NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI E NON E' IMPEGNATO IN ATTIVITA' LAVORATIVA

☐ IN CASO DI RICOVERO A TEMPO PIENO DICHIARAZIONE MEDICA ATTESTANTE CHE IL CONIUGE SI TROVA IN SITUAZIONE DI COMA VIGILE E/O IN SITUAZIONE TERMINALE, CORREDATA DALLA VALUTAZIONE DELLA NECESSITÀ' DI ASSISTENZA RILASCIATA DALLA STRUTTURA PRESSO LA QUALE IL DISABILE È RICOVERATO.

☐ ALTRO(INDICARE) \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITÀ E SI IMPEGNA A COMUNICARE LE EVENTUALI VARIAZIONI CHE DOVESSERO INTERVENIRE IN MERITO ALLE NOTIZIE E/O SITUAZIONI SOPRA RIPORTATE ED ALLEGATE.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### RICEVUTA

IL/LA SIGNOR/RA \_\_\_\_\_ HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI:

☐ PERMESSI MENSILI

DATA \_\_\_\_\_

PER L'AZIENDA \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 10****PERMESSI LEGGE 104/92****COMUNICAZIONE MODALITÀ DI FRUIZIONE E RELATIVO CALENDARIO**

*Da prodursi a cura del lavoratore entro il mese precedente a quello di utilizzo dei permessi, alla propria Funzione di Gestione*

**II/La Sottoscritto/a**

|                                   |                      |                      |                      |                      |                      |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>              | <input type="text"/> | Nat _ il             | <input type="text"/> | Sesso (MoF)          | <input type="text"/> |
| COGNOME DI NASCITA                | NOME                 | GIORNO MESE ANNO     |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| a COMUNE O STATO ESTRO DI NASCITA | PROV                 | CODICE FISCALE       |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>              |                      |                      |                      | <input type="text"/> |                      |
| INDIRIZZO (VIA PIAZZA, FRAZIONE)  |                      |                      |                      | N. CIVICO            |                      |
| <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |
| COMUNE                            | PROV                 | CAP                  | TELEFONO             |                      |                      |

Applicato dal \_\_\_\_\_ presso la Società \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
matricola aziendale \_\_\_\_\_ Struttura di appartenenza \_\_\_\_\_  
Ufficio \_\_\_\_\_ Area d'inquadramento \_\_\_\_\_

**COMUNICA che**

con riferimento al mese di ..... \* dell'anno .....  
(mese precedente a quello di utilizzo dei permessi)

**- intende fruire dei permessi di cui alla legge 104/92 secondo la seguente modalità di fruizione:**

A) in caso di riconoscimento dei permessi mensili, intende fruire dei permessi:

1. ☐ in modo continuativo (tre giorni consecutivi)
2. ☐ in modo frazionato, a giorni interi
3. ☐ in modo frazionato ad ore (entro il limite derivante dal risultato della formula: [num. ore settimanali/ num. giorni lavorativi settimanali] X 3) \*\*

\* In tale sezione è possibile indicare anche più di un mese qualora la modalità di fruizione ed il relativo calendario rimangano invariati anche per i mesi successivi a quello di stesura della comunicazione.

\*\* Per il lavoratore portatore di handicap che fruisca dei permessi per sé stesso si faccia riferimento alla modalità di cui al successivo punto B) 2.

B) in caso di riconoscimento dei permessi orari giornalieri, intende fruire dei permessi

1. ☐ in modo continuativo (due ore consecutive)
2. ☐ in modo frazionato ad ore

**- ed intende assentarsi dal lavoro secondo il seguente calendario:**

In caso di riconoscimento dei permessi mensili: indicare le date in cui si intende fruire dei permessi con la specificazione, in caso di scelta della modalità frazionata in forma oraria nel precedente punto A), delle ore in cui si intende prestare assistenza al familiare disabile.

---

---

---

In caso di riconoscimento dei permessi orari giornalieri: indicare le ore in cui si intende fruire dei permessi.

Ogni giorno: dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

Oppure, in caso di fruizione frazionata

Ogni giorno: dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

Nel caso in cui non si intenda fruire dei permessi giornalieri negli stessi orari per tutte le giornate lavorative del mese di riferimento, il lavoratore è tenuto specificare nello spazio sottostante gli intervalli orari in cui intende fruire dei permessi con riferimento a ciascuna giornata o gruppo di giornate.

---

\*\*

Il sottoscritto dichiara altresì che nel caso in cui sopraggiungano esigenze tali da dover indurre il medesimo a variare, nel corso del mese, la modalità di fruizione e/o il relativo calendario provvederà a darne preventiva e tempestiva comunicazione alla Funzione di Gestione competente ed al proprio Responsabile.

**Data** \_\_\_\_\_  
DEL/ DELLA RICHIEDENTE

**Firma** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

*Del Responsabile per presa visione e, in caso di fruizione ad ore dei permessi mensili, per **condivisione** del calendario sopra indicato*

#### RICEVUTA

Il/La Sig/ra. \_\_\_\_\_

ha presentato in data odierna la comunicazione relativa alla modalità di fruizione dei benefici di cui alla legge 104/92 ed il calendario di fruizione relativo al mese di ..... dell'anno .....

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_  
DELL'AZINEDA

**ALLEGATO 11****PERMESSI LEGGE 104/92****LAVORATORI PORTATORI DI HANDICAP  
MODIFICHE DELLA TIPOLOGIA DI PERMESSO PRESCELTA ED INDICATA  
NEL MODULO DI DOMANDA****II/La Sottoscritto/a**

|                                  |                      |                      |                      |                      |                          |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| <input type="text"/>             | <input type="text"/> | Nat _ il             | <input type="text"/> | Sesso<br>(MoF)       | <input type="checkbox"/> |
| COGNOME DI NASCITA               | NOME                 | GIORNO MESE ANNO     |                      |                      |                          |
| a <input type="text"/>           | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                          |
| COMUNE O STATO ESTRO DI NASCITA  | PROV                 | CODICE FISCALE       |                      |                      |                          |
| <input type="text"/>             |                      |                      |                      | <input type="text"/> |                          |
| INDIRIZZO (VIA PIAZZA, FRAZIONE) |                      |                      |                      | N. CIVICO            |                          |
| <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                          |
| COMUNE                           | PROV                 | CAP                  | TELEFONO             |                      |                          |

Applicato dal \_\_\_\_\_ presso la Società \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
matricola aziendale \_\_\_\_\_ Struttura di appartenenza \_\_\_\_\_  
Ufficio \_\_\_\_\_ Area d'inquadramento \_\_\_\_\_

**COMUNICA che**

con riferimento al mese di ..... dell'anno .....

- **intende mutare la tipologia di permesso prescelta in sede di domanda dei benefici**

- **Ed intende quindi fruire:**

- ☐ dei permessi orari giornalieri, in luogo dei permessi mensili
- ☐ dei permessi mensili (non frazionabili ad ore) in luogo dei permessi orari giornalieri.

Tali benefici saranno fruiti secondo la modalità ed il relativo calendario che verranno indicati nella comunicazione (All. 10), unita alla presente.

\*\*\*

*Da compilarsi nel caso in cui la richiesta di variazione della tipologia di permesso venga richiesta per il mese in corso.*

### **Il sottoscritto dichiara altresì**

che richiedendo la variazione con riferimento al mese in corso è consapevole che per la restante parte del mese avrà diritto al riproporzionamento dei benefici

Pertanto, a rettifica della comunicazione già presentata relativa alla modalità e al calendario di fruizione dei benefici per il mese di ....., il sottoscritto comunica che intende fruire della parte residua dei permessi spettatigli secondo le modalità di fruizione ed il calendario di seguito indicate:

#### **A) MODALITA' DI FRUIZIONE**

in caso di opzione per i 3 giorni di permesso mensili, il beneficio sarà fruito:

- ☐ in modo continuativo (a giorni consecutivi)
- ☐ in modo frazionato, a giorni interi

in caso di opzione per i permessi orari giornalieri, il beneficio sarà fruito:

- ☐ in modo continuativo (due ore consecutive)
- ☐ in modo frazionato, ad ore

#### **B) CALENDARIO**

*specificare le date dei giorni o le ore di permesso che si intendono fruire*

.....  
.....  
.....  
.....

**Data** \_\_\_\_\_

DEL/ DELLA RICHIEDENTE

**Firma** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

*Del Responsabile per presa visione*

**RICEVUTA**

Il/La Sig/ra. \_\_\_\_\_

ha presentato in data odierna la comunicazione relativa alla variazione della tipologia di  
permesso prescelta

**Data** \_\_\_\_\_**Firma** \_\_\_\_\_

Per l'Azienda