



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale  
"Santobono – Pausilipon"**

Via Teresa Ravaschieri, n° 8 (già Via della Croce Rossa)  
80122 Napoli - Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

**RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA AL DISABILE**

**ART 42, COMMA 5, D. LGS. 151/2001 – D.LGS. 105/2022**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà

(Artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.)

Al Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane

A.O.R.N. Santobono Pausilipon

[personale@santobonopausilipon.it](mailto:personale@santobonopausilipon.it)

Il/La Sottoscritto/a ....., nato/a a  
.....il ....., residente a  
.....,  
....., dipendente di questa Azienda con  
la qualifica di.....matricola n. .... in  
servizio presso .....,  
cellulare..... pec:.....;

**CHIEDE**

La relativa autorizzazione alla fruizione del congedo straordinario per assistenza al disabile in possesso dello status di cui all'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92 e ss.mm. ii. (persona con handicap in situazione di gravità).

Dal .....al.....

Dal.....al.....

Dal..... al ..... per complessivi giorni .....

**Pertanto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità,**

**DICHIARA:**

- - che il portatore di handicap grave da assistere è il/la Sig./Sig.ra (cognome e nome)  
....., nato/a  
a..... il  
..... e trattasi di (specificare grado di parentela).....;

- **di essere l'unico soggetto legittimato** a fruire per la persona disabile del congedo in argomento (art. 42, comma 5 D. Lgs. 151/2001 e ss.mm.ii.), salvo il caso di assistenza al figlio disabile, la cui fruizione può essere alternativa con l'altro genitore;

**di essere convivente<sup>1</sup>** con la persona per la quale si chiede congedo straordinario;

oppure

**di NON essere attualmente convivente** con la persona per la quale si chiede congedo straordinario e che, pertanto, si impegna ad effettuare il cambio di residenza, nel medesimo indirizzo del disabile da assistere, prima della fruizione del congedo in argomento, consapevole che potrà usufruire del congedo straordinario solo dopo aver concluso positivamente il procedimento del cambio di residenza;

**domicilio temporaneo** presso la residenza della persona da assistere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_

- che, **presso un altro datore di lavoro, il sottoscritto:**

**ha fruito di n°.....** giorni di congedo straordinario per assistere la stessa o un'altra persona;

**NON ha mai fruito** del congedo straordinario;

- che, **per la stessa persona, anche da altri soggetti:**

**sono stati fruiti n°.....** giorni di congedo straordinario;

**NON sono mai stati fruiti** giorni di congedo straordinario<sup>1</sup>;

- che **la persona da assistere NON è ricoverata** a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa.

Dichiara, altresì, che **la persona da assistere:**

**lavora** presso (denominazione Ente/Azienda, indirizzo, telefono).....  
.....;

**NON** presta alcuna attività lavorativa;

---

<sup>1</sup>Per convivenza si deve fare riferimento, in via esclusiva, alla residenza, luogo in cui la persona ha la dimora abituale, ai sensi dell'art. 43 cod. civ. Per l'accertamento del requisito della "convivenza", si ritiene condizione sufficiente anche la **residenza nel medesimo stabile, stesso numero civico, anche se non nello stesso interno** (appartamento) (INPS, msg. 6512/2010). Pertanto il requisito della convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica ovvero, in caso contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la **propria dimora temporanea** presso la residenza dell'altro e quindi risulti iscritto, ai sensi dell'art.32 del d.p.r. n.223 del 30 maggio 1989, nello schedario della popolazione temporanea del comune.

<sup>2</sup> È possibile richiedere fino a un **massimo due anni** di congedo straordinario nell'arco della vita lavorativa: tale limite è **complessivo fra tutti gli aventi diritto per ogni disabile grave**. Pertanto, **chi ha più di un familiare disabile può beneficiare del congedo per ciascuno di essi, ma non potrà comunque mai superare i due anni**. Infatti, non è previsto il cosiddetto "raddoppio". Il beneficio è **frazionabile** anche a giorni. **Perché non siano conteggiati i giorni festivi, i sabati e le domeniche è necessaria l'effettiva ripresa del lavoro tra un periodo e l'altro di fruizione**. L'effettiva ripresa del lavoro non è rinvenibile né nel caso di domanda di fruizione del congedo dal lunedì al venerdì (in caso di settimana corta) senza ripresa del lavoro il lunedì della settimana successiva a quella di fruizione del congedo, né nel caso di fruizione di ferie. Non si conteggiano le giornate di ferie, la malattia, le festività e i sabati che cadono tra il periodo di congedo straordinario e la ripresa del lavoro.

comunica che **il verbale** della Commissione medica per l'accertamento dell'handicap, dal quale risulta che la persona da assistere è in possesso dello status di cui all'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92 e ss.mm.ii. (persona con handicap in situazione di gravità) **è già agli atti di codesta Amministrazione;**

oppure

allega alla presente **copia del verbale** della Commissione medica per l'accertamento dell'handicap, dal quale risulta che la persona da assistere è in possesso dello status di cui all'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92 e ss.mm. ii. (persona con handicap in situazione di gravità).

**Consapevole:**

- che in caso di assistenza ai genitori, il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente o il convivente di fatto, entrambi i genitori del disabile sono mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
- che in caso di assistenza al fratello o sorella, il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente o il convivente di fatto, entrambi i genitori, i figli conviventi del disabile sono mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
- che in caso di assistenza a parenti o affini entro il terzo grado, il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente o il convivente di fatto, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle conviventi del disabile sono mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti.

**Infine, il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative ai presupposti necessari per la fruizione del congedo in argomento.**

**Si allega documento di riconoscimento in corso di validità dell'assistito e del dipendente;**

È fatta salva la possibilità da parte dell'Amministrazione di verificare la veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

**Informativa sulla protezione e il trattamento dei dati personali** Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.), e del Regolamento Europeo 679/2016, il trattamento dei dati personali, raccolti dall'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon e necessari all'avvio e allo svolgimento del procedimento, si svolgerà nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, con particolare riferimento alla riservatezza delle informazioni e alla protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati personali sarà improntato a principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità e non eccedenza rispetto agli scopi per i quali i dati stessi sono raccolti. Il trattamento è effettuato da parte dell'Azienda ai sensi dell'art.9, comma 2 lett. b) del GDPR, in quanto "necessario per assolvere obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento o dell'interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale" in conformità alle norme in materia. Il conferimento dei Suoi dati riveste natura obbligatoria. Il titolare del trattamento è l'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon nella persona del Direttore Generale p.t., domiciliato per la carica presso l'Azienda in via Teresa Ravaschieri n° 8 (già Via della croce Rossa) 80122 Napoli.

In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'art. 15 del DGPR 679/2016.

Letto, confermato e sottoscritto.

Napoli, .....

Il dichiarante .....

**DATA** \_\_\_\_\_ **TIMBRO E FIRMA** (Direttore /Responsabile della Struttura di appartenenza) \_\_\_\_\_