



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Generale del Personale e delle Risorse
Ufficio IV - Relazioni Sindacali

Ai rappresentanti delle OO.SS. del
Personale non dirigente del Corpo di Polizia Penitenziaria
Area Negoziale Dirigenti di Polizia
Penitenziaria
e, p.c. Ufficio II- Corpo di Polizia Penitenziaria

Oggetto: Congedo straordinario biennale per assistenza a congiunto disabile ex art. 42, comma 5, del D.Lgs. 151/01. Nuovo Modello di domanda.

Si trasmette, per opportuna informativa, la nota n. 0183636.U datata 12 maggio 2022 dell'Ufficio II- Corpo di Polizia Penitenziaria, concernente l'argomento in oggetto indicato.

IL DIRETTORE
Dott.ssa Ida del Grosso



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Generale del Personale e delle Risorse
Ufficio II - Corpo di polizia penitenziaria

Alla Direzioni Generali
SEDE

All'Ufficio del Capo del Dipartimento
Ufficio I – Segreteria Generale
SEDE

Ai Provveditorati regionali
dell'Amministrazione penitenziaria
LORO SEDI

Alle Direzioni istituti penitenziari per adulti
Per il tramite dei competenti Provveditorati

All'Ufficio IV – relazioni sindacali
SEDE

OGGETTO: Congedo straordinario biennale per assistenza a congiunto disabile *ex art. 42, comma 5, del D.Lgs. 151/01.*
Nuovo modello di domanda

Avuto riguardo alla lettera circolare n. 0325597, del 26/09/2014, alla luce dei recenti interventi della Corte Costituzionale che hanno interessato l'art. 42, comma 5, del D.Lgs. 151/01, si allega il modello di domanda volto ad ottenere il beneficio in parola che dovrà essere adottato dai dipendenti interessati.

E' gradita l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Direttore Generale
Massimo Parisi

Sezione 1^ - Settore Trattamento Giuridico

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA PERSONA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

(art. 42, commi 5 e ss., T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____),
il _____, attualmente residente a _____,
via _____, C.A.P. _____,
in servizio presso _____, consapevole che le dichiarazioni
mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi vigenti in materia (art. 76, d.P.R. n.
445/2000):

- ☐ dichiara sotto la propria responsabilità di essere parente¹ _____ o affine entro il
terzo grado² _____ convivente della persona disabile in situazione di gravità;
- ☐ in qualità di padre o madre, anche adottivo o affidatario, del disabile, dichiara sotto la propria
responsabilità che il coniuge o la parte dell'unione civile convivente della persona disabile in
situazione di gravità è mancante, è deceduta o è affetta da patologie gravi³;
- ☐ in qualità di figlio/a convivente del disabile, dichiara sotto la propria responsabilità che il
coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente ed entrambi i genitori, anche
adottivi o affidatari, della persona disabile in situazione di gravità sono mancanti, deceduti o
affetti da patologie gravi⁴;
- ☐ in qualità di fratello o sorella convivente del disabile, dichiara sotto la propria responsabilità
che il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente, entrambi i genitori, anche
adottivi o affidatari, e i figli conviventi della persona disabile in situazione di gravità sono
mancanti, sono deceduti o affetti da patologie gravi⁵;
- ☐ in qualità di parente di secondo grado convivente del disabile, diverso da fratello o sorella
convivente, ovvero parente di terzo grado o affine entro il terzo grado del disabile, dichiara
sotto la propria responsabilità che il coniuge convivente o la parte dell'unione civile
convivente, entrambi i genitori, anche adottivi o affidatari, i figli conviventi, e i fratelli o
sorelle conviventi della persona disabile in situazione di gravità sono mancanti, sono deceduti
o affetti da patologie gravi⁶;
- ☐ in qualità di **figlio/a non ancora convivente del disabile**, dichiara sotto la propria
responsabilità che instaurerà la convivenza successivamente e comunque entro l'inizio del
periodo di congedo richiesto e di conservarla per tutta la durata dello stesso, e inoltre che il
coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente, entrambi i genitori, anche adottivi

¹ Indicare grado di parentela.

² Indicare grado di affinità.

³ In questo caso, devono essere resi espliciti e documentati i motivi che impediscono la convivenza.

⁴ Nel qual caso, il richiedente il beneficio deve specificare e documentare le patologie dichiarate.

⁵ Nel qual caso, il richiedente il beneficio deve specificare e documentare le patologie dichiarate.

⁶ Nel qual caso, il richiedente il beneficio deve specificare e documentare le patologie dichiarate.

o affidatari, i figli conviventi, i fratelli o sorelle conviventi, i parenti o affini entro il terzo grado conviventi della persona disabile in situazione di gravità sono mancanti, sono deceduti o affetti da patologie gravi⁷.

Lo stesso si impegna, infine, a dare tempestiva comunicazione dell'eventuale venuti meno dei presupposti di legge legittimanti il beneficio in parola.

Alla presente dichiarazione si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità⁸.

_____, li _____

IL/LA DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

DICHIARAZIONE PERSONA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(), il _____, attualmente residente a _____
via _____,

C.A.P. _____, in servizio presso _____, consapevole che
le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi vigenti in materia (art.
76, d.P.R. n. 445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità:

- ☐ di non essere ricoverata/o tempo pieno presso istituti specializzati;
- ☐ di non essere impegnata/o in attività lavorativa;
- ☐ di essere assistito con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal richiedente.

Allega, altresì, documentazione attestante la propria condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.
3, comma 3, Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Alla presente dichiarazione si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità⁹.

_____, li _____

IL/LA DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

⁷ Nel qual caso, il richiedente il beneficio deve specificare e documentare le patologie dichiarate.

⁸ Da allegare solo in caso di mancata sottoscrizione in presenza del dipendente addetto.

⁹ Da allegare solo in caso di mancata sottoscrizione in presenza del dipendente addetto.

PERIODI DI CONGEDO RICHIESTO

Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____
Dal _____ al _____ pari a giorni _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____), il _____, attualmente residente a _____, via _____

C.A.P. _____, in servizio presso _____, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi vigenti in materia (art. 76, d.P.R. n. 445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità:

- ☐ che nessun altro familiare avente titolo ha fruito del beneficio di cui all'art. 42, commi 5 e ss., d. lgvo n. 165/2001;
- ☐ che altro/i familiare/i avente/i titolo ha/hanno fruito del beneficio di cui all'art. 42, commi 5 e ss., d. lgvo n. 165/2001, per un totale di gg. _____;

_____, li _____

IL/LA DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)