



Provincia di BARLETTA – ANDRIA – TRANI  
Piazza Umberto I –  
CF: 81001210723 - P.IVA: 00956770721  
Tel. 0883/290318 - Fax. 0883/290225

**SETTORE PERSONALE e ORGANIZZAZIONE**

**Al Responsabile  
Settore Personale e Organizzazione**

**e, p.c**                      **Al Responsabile Settore \_\_\_\_\_**

**LORO SEDI**

**OGGETTO: Richiesta congedo straordinario biennale frazionabile ai sensi dell'art. 42 comma 5 e succ. del decreto legislativo n. 151/2001.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_ ed abitante in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_, alle dipendenze del Comune di Andria con il profilo professionale di “ \_\_\_\_\_ ” con la presente

**CHIEDE**

di poter fruire del congedo straordinario biennale frazionabile ai sensi della legge oggettivata, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, per assistere il/la proprio/a \_\_\_\_\_, convivente, invalido/a al 100%, portatore di handicap in situazione di gravità sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale in cui incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che il/la sig./ra \_\_\_\_\_ ha una invalidità con handicap in situazione di gravità, come si può evincere dalla documentazione allegata in copia.



*Provincia di BARLETTA – ANDRIA – TRANI*  
Piazza Umberto I –

CF: 81001210723 - P.IVA: 00956770721

Tel. 0883/290318 - Fax. 0883/290225

***SETTORE PERSONALE e ORGANIZZAZIONE***

**Per quanto sopra e a riprova di quanto dichiarato, si allega alla presente:**

certificato dell'**Handicap in situazione di gravità** rilasciato dalla AUSL \_\_\_\_\_.  
autocertificazione del/i congiunto/i con la quale si dichiara di non fruire a nessun titolo dei permessi di cui all'oggetto.  
autocertificazione dello/a scrivente con la quale dichiara che il/la proprio/a \_\_\_\_\_ non è soggetto/a a degenza ospedaliera.  
stato di famiglia da cui si evince la stabile convivenza con il soggetto portatore di handicap.  
si allegano n. \_\_\_\_\_ copie documenti di riconoscimento comprovanti le autocertificazioni.

Andria, \_\_\_\_\_

**IN FEDE**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/00**

**Al Responsabile**  
**Settore Personale e Organizzazione**  
**S E D E**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_, ed abitante in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_,  
alle dipendenze di questo Comune in qualità di “ \_\_\_\_\_ ”  
consapevole della responsabilità penale in cui incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in  
atti, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del  
medesimo D.P.R. n. 445/2000, dichiaro con la presente che mio/a \_\_\_\_\_ sig./ra  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ non è soggetto a degenza ospedaliera.

**Distinti saluti**

**Andria,** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/00**

Al Responsabile

Settore Personale e Organizzazione

**S E D E**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ del/la sig/ra \_\_\_\_\_,  
consapevole della responsabilità penale in cui incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti,  
così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del medesimo  
D.P.R. n. 445/2000, dichiaro con la presente di non fruire dei permessi attinenti alla legge di cui  
all'oggetto per il/la sig/ra \_\_\_\_\_.

**Andria,** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/00**

**Al Responsabile**

**Settore Personale e Organizzazione**

**S E D E**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_, ed abitante in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n.\_\_\_\_, alle dipendenze di questo Comune in qualità di  
“ \_\_\_\_\_ ”

consapevole della responsabilità penale in cui incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000,

**dichiaro**

di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile.

Dichiaro altresì, che dei benefici di cui all'oggetto, finalizzati all'assistenza della persona disabile di cui sopra, **non gode nessuna altra persona facente parte della famiglia (parente o affini entro il terzo grado).**

Distinti saluti

**Andria,** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_