

Alla Provincia Autonoma di Bolzano  
Ripartizione 4 – Personale  
Via Renon 13  
39100 BOLZANO

- 4.2 Personale amministrativo
- 4.3 Personale delle scuole
- 4.3.1 Personale scuole dell'infanzia e integrazione

**Congedo straordinario biennale retribuita  
per l'assistenza ai familiari conviventi in situazione di gravità**

**con certificazione provvisoria (dopo 45 giorni dalla domanda all'Azienda Sanitaria)**

Richiedente \_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

periodo richiesto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (ambedue le date comprese) per

il figlio/la figlia \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

**codice fiscale figlio/figlia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

il marito/la moglie \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

il padre/la madre \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

il fratello/la sorella \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Indicare eventuali periodi di congedo straordinario già fruiti (anche presso altri datori di lavoro):

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Il/La richiedente dichiara che nessuno degli altri componenti il nucleo familiare, aventi diritto, ha richiesto di fruire del suddetto congedo straordinario retribuito.**  
(in caso affermativo sono da indicare il nominativo ed il periodo fruito)

Cognome e nome \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Dichiarazione liberatoria solo in caso di richiesta con certificazione provvisoria:

Il/La sottoscritto/a si impegna, in caso di provvedimento definitivo negativo da parte della Commissione medica, alla restituzione delle prestazioni eventualmente utilizzate mediante recupero ore/congedo ordinario/aspettativa non retribuita.

**Il/La richiedente dichiara inoltre che quanto sopra esposto corrisponde a verità e di essere a conoscenza che l'Amministrazione può effettuare verifiche a campione.**

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

=====

Visto ed approvato

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Direttore/della Direttrice)

**Allegato:**

Certificazione della Commissione medica di „Riconoscimento della condizione di portatore di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104”.

**In caso di richiesta con certificazione provvisoria:** copia della domanda presentata alla Commissione presso l'A.S. competente unitamente a certificato del medico ospedaliero specializzato nella cura della patologia, idoneo ad attestare la situazione di handicap grave.