

DECRETO DIRIGENZIALE N. 483 /DA del 01 SET. 2022

Oggetto: Concessione congedo retribuito ai sensi dell'art 42 comma 5 del D.Lgs. n.151/2001  
Periodo dal 04.09.2022 al 18.09.2022 per giorni 15. Dipendente matricola n. 4104.

### IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

**VISTO** l'art. 45 comma 5 del D. Lgs. n. 151/2001, che detta norme di tutela e sostegno della maternità, il quale prevede la possibilità, per il dipendente che ne faccia richiesta, di usufruire di un congedo retribuito per assistenza del disabile convivente, per la durata complessiva di due anni per ciascuna persona portatrice di handicap e nell'arco della vita lavorativa del richiedente;

**VISTA** la Sentenza della Corte Costituzionale 26 gennaio 2009 n. 19 che, nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 42, comma 5, del decreto Legislativo n. 151/2001 citato, ha dichiarato: "l'illegittimità costituzionale del su menzionato articolo nella parte in cui non include nel novero dei soggetti legittimati a fruire del congedo ivi previsto il figlio convivente, in assenza di soggetti idonei a prendersi cura della persona in situazione di disabilità grave";

**VISTO** l'art. 4 del D.lgs. n.119 del 2011 che da ultimo ha modificato la disciplina del congedo straordinario contenuta nel su menzionato art. 42 D.lgs. n.151/2001 esplicitando i soggetti legittimati alla fruizione di detto congedo: "Il coniuge convivente di soggetto con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ha diritto a fruire del congedo di cui al comma 2 dell'articolo 4 della legge 8 marzo 2000, n. 53, entro sessanta giorni dalla richiesta. In caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente, ha diritto a fruire del congedo il padre o la madre anche adottivi; in caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi, ha diritto a fruire del congedo uno dei figli conviventi; in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi, ha diritto a fruire del congedo uno dei fratelli o sorelle conviventi";

**CONSIDERATO** che il dipendente matricola 4104 con nota prot. n. 24463 del 03.08.2022 ha avanzato richiesta di un periodo di congedo retribuito dal 04.09.2022 al 18.09.2022 (giorni 15), ai sensi dell'art. 42, comma 5 del D. Lgs. n. 151/2001 per assistere il familiare convivente disabile, riconosciuto tale ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/1992;

**VISTA** la nota prot. n° 53/R.U. del 25/08/2022, dell'Ufficio Gestione Risorse Umane, con la quale viene formulata richiesta di nulla-osta al Dirigente/Responsabile Ufficio Linea Esazione che impiega in servizio il dipendente in esame, in relazione al periodo di congedo chiesto dal 4/09/2022 al 18/9/2022;

**VISTO** il parere favorevole espresso, sulla nota prot. n° 53/RU del 25/08/2022, dal Responsabile Linea Esazione Dott. Carmelo Ietto;

**CONSIDERATO** che il dipendente ha già usufruito di precedenti periodi di congedo allo stesso titolo per un totale di 85 giorni;

**VISTO** il verbale, agli atti dell'ufficio personale, con il quale è stata riconosciuta la situazione di *"portatore di handicap in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92"* al familiare del suddetto dipendente;

**VISTA** la documentazione prodotta dal dipendente presente agli atti dell'Ufficio Personale, che rispetta tutte le condizioni stabilite dalla normativa vigente e nello specifico:

- certificazione ASL di portatore di handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3 L.104/92;
- dichiarazione di residenza nello stesso stabile ove risiede il familiare disabile;
- autodichiarazione di essere unico familiare ad usufruire dei benefici previsti dalla Legge n. 104/92;
- autodichiarazione che il familiare cui presta assistenza e per il quale viene richiesto il suddetto congedo, non è ricoverato presso alcuna struttura ospedaliera;

per le motivazioni sopra esposte, a seguito della verifica del possesso dei requisiti

#### **DECRETA**

**di PRENDERE ATTO** della richiesta del dipendente matricola 4104, di un congedo retribuito, ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D.lgs. n.151/2001, per assistere il familiare convivente portatore di disabilità, con decorrenza 04.09.2022 e fino al 18.09.2022;

**di DARE ATTO** che tale congedo retribuito è accordato ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D. Lgs. n. 151/2001 così come modificato dal D.lgs. 199/2011, per la cui durata il dipendente ha diritto a percepire un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione, ai sensi dell'art. 42 comma 5 ter;

**di DARE ATTO**, altresì, che il periodo di cui al comma 5 non rileva ai fini della maturazione delle ferie, della tredicesima mensilità e del trattamento di fine rapporto.

**Trasmettere** copia del presente provvedimento:

alla dipendente;

al Dirigente Area Tecnica di Esercizio;

al Responsabile Ufficio Linea Esazione.

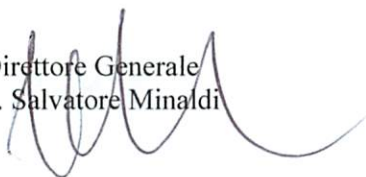
Il Responsabile ufficio Personale  
Dott. Antonino Castriciano



Il Dirigente Amministrativo  
Dott. Donatello Puliatti



Il Direttore Generale  
Ing. Salvatore Minaldi





**ISTANZA E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIETA'  
PER ASSISTERE IL GENITORE CONVIVENTE**

Il/La sottoscritto/a GIARDINA GIUSEPPE FILIPPO  
 nato/a LIRINA prov. ME il 26 06 61  
 residente a: LIRINA prov. ME Via G. AMENDOLA n. 16  
 in servizio presso CONSORZIO AUTOSTRADE SICILIANE

**CHIEDE**

un congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001, dal 4 9 22 al 18 9 22  
 per assistere il GENITORE MUSCOLINO SEVERINA nato/a il 23 10 34  
 residente a: LIRINA prov. ME Via G. AMENDOLA n. 16

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art. 76 - D.P.R. n. 445/2000 e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 citato DPR emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dei benefici conseguiti,

**DICHIARA**

☒ Che il familiare è nelle condizioni previste dall'art. 3, comma 3, legge 104/1992 come da allegati  
☐ Che il/La sottoscritto/a è (barrare la casella) 

celibe/nubile	coniugato/a	divorziato/a	vedovo/a
---------------	-------------	--------------	----------

  
☒ Che il familiare da assistere è (barrare la casella) 

celibe/nubile	coniugato/a	divorziato/a	<input checked="" type="checkbox"/> vedovo/a
---------------	-------------	--------------	--

  
☐ Che all'anagrafe del Comune di residenza 

comune	prov.
--------	-------

 è registrato il seguente stato di famiglia del/della sottoscritto/a

cognome	nome	data di nascita	relazione	codice fiscale
GIARDINA	GIUSEPPE FILIPPO	26-6-61	DICHIARANTE	GRDGGP61H26E594S
MUSCOLINO	SEVERINA	23-10-34	MADRE	MSCSRN34R63E594R

**Consorzio per le  
AUTOSTRADE SICILIANE**  
 Prot. 24463  
 del 03-08-2022 Sez. A



Consorzio Autostrade Siciliane		
Posta in Entrata		
03 AGO. 2022		
DIR. GEN.	<input checked="" type="checkbox"/> D.A.	<input checked="" type="checkbox"/> D.A.C.E.

☒ Che il familiare da assistere NON è ricoverato a te  
☐ Che il familiare da assistere è ricoverato a tempo pieno e necessita di specifica assistenza come da allegati;  
☒ Che l'assistito NON è lavoratore dipendente;  
☐ Che l'assistito è lavoratore dipendente e che durante il periodo dell'assistenza non presta attività lavorativa;  
☒ Che tra i soggetti legittimati, in ordine di priorità il/La sottoscritto/a è l'unico familiare convivente - in qualità di FIGLIO/FIGLIA - in grado di prestare assistenza in quanto, gli altri famigliari dell'assistito: coniuge, padre, madre, si trovano nelle condizioni indicate nelle dichiarazioni allegate con il modello B.

☒ di aver usufruito di precedenti periodi di congedo allo stesso titolo

dal	<u>21</u>	<u>11</u>	<u>21</u>	al	<u>5</u>	<u>12</u>	<u>21</u>
dal	<u>18</u>	<u>3</u>	<u>22</u>	al	<u>14</u>	<u>4</u>	<u>22</u>
dal	<u>8</u>	<u>5</u>	<u>22</u>	al	<u>22</u>	<u>5</u>	<u>22</u>
dal	<u>27</u>	<u>7</u>	<u>22</u>	al	<u>21</u>	<u>8</u>	<u>22</u>
<b>TOTALE</b>				<b>GG. <u>85</u></b>			

☐ di NON aver usufruito di precedenti periodi allo stesso titolo  
☐ di aver usufruito di precedenti periodi di aspettativa a vario titolo  
☐ di NON aver usufruito di alcun periodo di aspettativa a vario titolo

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

*Giuseppe Filippo*

La presente può essere inviata anche in fax o e-mail con allegata fotocopia del documento di identità di chi la sottoscrive.

I dati sopra riportati sono trattati ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e sono acquisiti esclusivamente per l'eventuale adempimento dell'istanza e per la trasmissione dei dati ai sensi dell'art. 24 della Legge n. 183/2010, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi, comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.



# **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIETA'** **assenza di coniuge e/o genitori**

(da allegare solo alle domande redatte su modelli A e B)

Il/La sottoscritto/a

cognome **GIARDINA**

nome **GIUSEPPE FILIPPO**

nato/a **LIRINA**

provincia **ME**

il **26** **6** **61**

residente a: **LIRINA**

prov. **ME**

Via **G. ARENDOLA**

n. **16**

in relazione alla richiesta di un periodo di congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5 D.Lgs. 151/2001;

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art. 76, DPR n. 445/2000

e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 citato DPR emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici conseguiti;

## **DICHIARA**

(barrare le caselle di interesse)

di assistere il familiare di seguito indicato

genitore convivente ☒

fratello/sorella convivente

**B**

cognome e nome **MUSCOUNO SEVERINA**

nato a **LIRINA**

in data **23** **10** **34**

residente a: **LIRINA**

prov. **ME**

Via **G. ARENDOLA**

n. **16**

e che, il **CONIUGE** e **GENITORE** dell'assistito si trovano nelle seguenti condizioni:

il coniuge dell'assistito **GIARDINA FILIPPO**

nato il **21** **12** **28**

è mancante per i seguenti motivi:

quadro 1

- ☒ è deceduto  
☐ non convive con l'assistito  
☐ è separato legalmente  
☐ è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza  
☐ ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, ad una delle situazioni previste dall'art. 2, co. 1, lett. d), numeri 1, 2, 3 e 4 Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000, reperibile su [www.normattiva.it](http://www.normattiva.it).

Si allega certificazione medica in tal senso.

il padre dell'assistito è mancante per i seguenti motivi:

quadro 2

- ☐ inesistenza del nubilato  
☐ l'assistito è figlio naturale non riconosciuto  
☐ il padre dell'assistito  nato il     
☐ è mancante per i seguenti motivi:

- ☐ è deceduto il   
☐ è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza  
☐ ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, ad una delle situazioni previste dall'art. 2, co. 1, lett. d) numeri 1, 2, 3 e 4 Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000, reperibile su [www.normattiva.it](http://www.normattiva.it).

Si allega certificazione medica in tal senso.

la madre dell'assistito

nato il

è mancante per i seguenti motivi:

quadro 3

- ☐ è deceduta il   
☐ è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza  
☐ ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, ad una delle situazioni previste dall'art. 2, co. 1, lett. d) numeri 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000, reperibile su [www.normattiva.it](http://www.normattiva.it).

Si allega certificazione medica in tal senso.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

*Giuseppe Filippo*



Cognome GIARDINA

Nome GIUSEPPE FILIPPO

MODELLO G

ELENCO DEI DOCUMENTI per la richiesta di un congedo ai sensi art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001

Istanza per assistere il **GENITORE** convivente:

1. ☒ Istanza redatta su modello **A**
2. ☒ Copia conforme all'originale (completa in ogni sua parte, ad eccezione della diagnosi) del verbale della Commissione medico-legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/92 (o dichiarazione provvisoria rilasciata dal "medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la stessa ASL cui è assistito l'interessato", ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/93), attestante la situazione di **gravità dell'handicap**, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della citata legge 104/92;
3. ☐ **Solo in caso di ricovero a tempo pieno:** documentazione medica originale da cui risulta la necessità che per l'intera durata del congedo, la persona che presta assistenza sia presente presso la struttura ove l'assistito è ricoverato a tempo pieno ALL. nr. \_\_\_\_\_
4. ☒ Dichiarazione redatta sul **modello "E"** concernente la mancanza di coniuge e genitori dell'assistito.
5. ☒ **Solo se la mancanza del coniuge convivente e dei genitori dell'assistito è dovuta a patologia invalidante:** documentazione medica in originale rilasciata per ciascun interessato da commissione medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, attestante la patologia invalidante, quale stato morboso certificato come invalidante, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso ed univoco ad una delle situazioni previste dall'art. 2, comma 1 lett. d), num. 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000 reperibile su [www.normattiva.it](http://www.normattiva.it): NR. CERT. \_\_\_\_\_

Istanza per assistere il **FRATELLO/SORELLA** convivente:

1. ☐ Istanza redatta sul modello **B**
2. ☐ Copia conforme all'originale (completa in ogni sua parte, ad eccezione della diagnosi) del verbale della Commissione medico-legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/92 (o dichiarazione provvisoria rilasciata dal "medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la stessa ASL cui è assistito l'interessato", ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/93), attestante la situazione di **gravità dell'handicap**, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della citata legge 104/92;
3. ☐ **Solo in caso di ricovero a tempo pieno:** documentazione medica originale da cui risulta la necessità che per l'intera durata del congedo, la persona che presta assistenza sia presente presso la struttura ove l'assistito è ricoverato a tempo pieno ALL. nr. \_\_\_\_\_
4. ☐ Dichiarazione redatta su modello **"E"** concernente la mancanza di coniuge e/o genitori dell'assistito.
5. ☐ Dichiarazione redatta su modello **"F"** concernente la mancanza/impossibilità dei figli dell'assistito.
6. ☐ **Solo se la mancanza del coniuge convivente e dei genitori dell'assistito è dovuta a patologia invalidante:** documentazione medica in originale rilasciata per ciascun interessato da commissione medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, attestante la patologia invalidante, quale stato morboso certificato come invalidante, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso ed univoco ad una delle situazioni previste dall'art. 2, comma 1 lett. d), num. 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000 reperibile su [www.normattiva.it](http://www.normattiva.it): NR. CERT. \_\_\_\_\_

Istanza per assistere **FIGLIO/FIGLIA** anche non convivente:

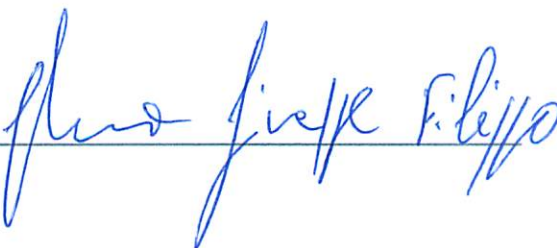
1. ☐ Istanza redatta su modello **C**
2. ☐ Copia conforme all'originale (completa in ogni sua parte, ad eccezione della diagnosi) del verbale della Commissione medico-legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/92 (o dichiarazione provvisoria rilasciata dal "medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la stessa ASL cui è assistito l'interessato", ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/93), attestante la situazione di **gravità dell'handicap**, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della citata legge 104/92;
3. ☐ **Solo in caso di ricovero a tempo pieno:** documentazione medica originale da cui risulta la necessità che per l'intera durata del congedo, la persona che presta assistenza sia presente presso la struttura ove l'assistito è ricoverato a tempo pieno ALL. nr. \_\_\_\_\_
4. ☐ **Solo se la mancanza del coniuge convivente e dei genitori dell'assistito è dovuta a patologia invalidante:** documentazione medica in originale rilasciata per ciascun interessato da commissione medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, attestante la patologia invalidante, quale stato morboso certificato come invalidante, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso ed univoco ad una delle situazioni previste dall'art. 2, comma 1 lett. d), num. 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000 reperibile su [www.normattiva.it](http://www.normattiva.it): NR. CERT. \_\_\_\_\_

Istanza per assistere **CONIUGE** convivente:

1. ☐ Istanza redatta su modello **D**
2. ☐ Copia conforme all'originale (completa in ogni sua parte, ad eccezione della diagnosi) del verbale della Commissione medico-legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/92 (o dichiarazione provvisoria rilasciata dal "medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la stessa ASL cui è assistito l'interessato", ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/93), attestante la situazione di **gravità dell'handicap**, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della citata legge 104/92;
3. ☐ **Solo in caso di ricovero a tempo pieno:** documentazione medica originale da cui risulta la necessità che per l'intera durata del congedo, la persona che presta assistenza sia presente presso la struttura ove l'assistito è ricoverato a tempo pieno ALL. nr. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma



**ISTANZA E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIETA'  
PER ASSISTERE IL GENITORE CONVIVENTE**

Il La sottoscritto a GIARDINA GIUSEPPE FILIPPO  
nato a LIRINA prov. ME il 26 06 61  
residente a LIRINA prov. ME Via G. AMENDOLA n. 16  
in servizio presso CONSORZIO AUTOSTRADE SICILIANE

**CHIEDE**

un congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001, dal 4 9 22 al 18 9 22  
per assistere il GENITORE MUSCOLINO SEVERINA nato a il 23 10 34  
LIRINA prov. ME Via G. AMENDOLA n. 16

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art. 76 - D.P.R. n. 445/2000 e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 citato DPR emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dei benefici conseguiti.

**DICHIARA**

☒ Che il familiare è nelle condizioni previste dall'art. 3, comma 3, legge 104/1992 come da allegati  
☐ Che il la sottoscritto a è (barrare la casella) 

celibe nubile	coniugato a	divorziato a	vedovo a
---------------	-------------	--------------	----------

  
☒ Che il familiare da assistere è (barrare la casella) 

celibe nubile	coniugato a	divorziato a	vedovo a
---------------	-------------	--------------	----------

  
☐ Che all'anagrafe del Comune di residenza 

comune	prov.
--------	-------

  
è registrato il seguente stato di famiglia del della sottoscritto a

cognome	nome	data di nascita	relazione	codice fiscale
GIARDINA	GIUSEPPE FILIPPO	26-6-61	DICHIARANTE	GRDGPP61H26E594S
MUSCOLINO	SEVERINA	23-10-34	MADRE	MSCSRN34R63E594R

**Consorzio per le  
AUTOSTRADE SICILIANE**  
Prot. 24463  
del 03-08-2022 Sez. A



<b>Consorzio Autostrade Siciliane</b>		
Posta di Entrata		
03 AGO. 2022		
COPIA		
DIR. GEN.	D.A.	D.A.T.

☒ Che il familiare da assistere **NON** è ricoverato a tempo pieno e necessita di specifica assistenza come da allegati;  
☒ Che il familiare da assistere è ricoverato a tempo pieno e necessita di specifica assistenza come da allegati;  
☒ Che l'assistito **NON** è lavoratore dipendente;  
☐ Che l'assistito è lavoratore dipendente e che durante il periodo dell'assistenza non presta attività lavorativa;  
☒ Che tra i soggetti legittimati, in ordine di priorità il la sottoscritto a è l'unico **familiare convivente** - in qualità di **FIGLIO/FIGLIA** - in grado di prestare assistenza in quanto, gli altri famigliari dell'assistito: **coniuge, padre, madre**, si trovano nelle condizioni indicate nelle dichiarazioni allegate con il modello B.

☒ di aver usufruito di precedenti periodi di congedo allo stesso titolo

dal	21	11	21	al	5	12	21
dal	18	3	22	al	24	4	22
dal	8	5	22	al	22	5	22
dal	27	7	22	al	21	8	22
<b>TOTALE</b>				<b>GG. 85</b>			

☐ di **NON** aver usufruito di precedenti periodi allo stesso titolo  
☐ di aver usufruito di precedenti periodi di aspettativa a vario titolo  
☐ di **NON** aver usufruito di alcun periodo di aspettativa a vario titolo

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

*Giuseppe Filippo*

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIETA' assenza di coniuge e/o genitori

(da allegare solo alle domande redatte su modelli A e B)

Il/a sottoscritto/a

GIARDINA

GIUSEPPE FILIPPO

n. LIPIA

provincia ME il 26 6 61

residente a LIPIA prov. ME Via G. ATTENDEOLA n. 16

in relazione alla richiesta di un periodo di congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5 D.Lgs. 151/2001;

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art. 76, DPR n. 445/2000  
e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 citato DPR emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è  
prevista la decadenza dai benefici conseguiti;

## DICHIARA

(barrare le caselle di interesse)

di assistere il familiare di seguito indicato

genitore convivente



fratello/sorella convivente

B

il/la MUSCOLO SEVERINA

nato a LIPIA

in data 23 10 34

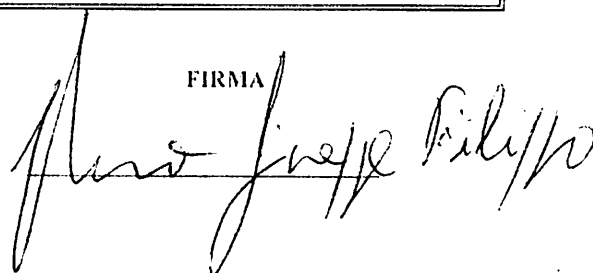
residente a LIPIA prov. ME Via G. ATTENDEOLA n. 16

e che, il CONIUGE e GENITORE dell'assistito si trovano nelle seguenti condizioni:

quadro 1	il coniuge dell'assistito	GIARDINA FILIPPO	nato il	21	12	28
	e mancante per i seguenti motivi:					
	<input checked="" type="checkbox"/>	è deceduto				
	<input type="checkbox"/>	non convive con l'assistito				
	<input type="checkbox"/>	è separato legalmente				
quadro 2	<input type="checkbox"/>	è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza				
	ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASI, o da struttura convenzionata con ASI, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo esplicito e univoco, ad una delle situazioni previste dall'art. 2, co. 1, lett. d) numeri 1, 2, 3 e 4 Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000, reperibile su <a href="http://www.normattiva.it">www.normattiva.it</a> ).					
	Si allega certificazione medica in tal senso.					
	il padre dell'assistito è mancante per i seguenti motivi:					
	<input type="checkbox"/>	esistenza del nubilato				
quadro 3	<input type="checkbox"/>	l'assistito e figlio naturale non riconosciuto				
	<input type="checkbox"/>	il padre dell'assistito				
	<input type="checkbox"/>	nato il				
	<input type="checkbox"/>	e mancante per i seguenti motivi:				
	<input type="checkbox"/>	è deceduto il				
quadro 3	<input type="checkbox"/>	è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza				
	ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASI, o da struttura convenzionata con ASI, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo esplicito e univoco, ad una delle situazioni previste dall'art. 2, co. 1, lett. d) numeri 1, 2, 3 e 4 Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000, reperibile su <a href="http://www.normattiva.it">www.normattiva.it</a> ).					
	Si allega certificazione medica in tal senso.					
	la madre dell'assistito		nato il			
	e mancante per i seguenti motivi:					
<input type="checkbox"/>	è deceduta il					
<input type="checkbox"/>	è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza					
ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASI, o da struttura convenzionata con ASI, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo esplicito e univoco, ad una delle situazioni previste dall'art. 2, co. 1, lett. d) numeri 1, 2, 3 e 4 Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000, reperibile su <a href="http://www.normattiva.it">www.normattiva.it</a> ).						
Si allega certificazione medica in tal senso.						

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA





Cognome GIARDINA Nome GIUSEPPE FILIPPO

MODELLO G

ELENCO DEI DOCUMENTI per la richiesta di un congedo ai sensi art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001

Istanza per assistere il **GENITORE** convivente:

1. ☒ Istanza redatta su modello A
2. ☒ Copia conforme all'originale (completa in ogni sua parte, ad eccezione della diagnosi) del verbale della Commissione medico-legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/92 (o dichiarazione provvisoria rilasciata dal "medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la stessa ASL cui è assistito l'interessato", ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/93), attestante la situazione di gravità dell'handicap, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della citata legge 104/92;
3. ☐ **Solo in caso di ricovero a tempo pieno:** documentazione medica originale da cui risulta la necessità che per l'intera durata del congedo, la persona che presta assistenza sia presente presso la struttura ove l'assistito è ricoverato a tempo pieno ALL. nr. \_\_\_\_\_
4. ☒ Dichiarazione redatta sul modello "E" concernente la mancanza di coniuge e genitori dell'assistito.
5. ☐ **Solo se la mancanza del coniuge convivente e dei genitori dell'assistito è dovuta a patologia invalidante:** documentazione medica in originale rilasciata per ciascun interessato da commissione medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, attestante la patologia invalidante, quale stato morboso certificato come invalidante, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso ed univoco ad una delle situazioni previste dall'art. 2, comma 1 lett. d), num. 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000 reperibile su [www.normattiva.it](http://www.normattiva.it): NR. CERT. \_\_\_\_\_

Istanza per assistere il **FRATELLO/SORELLA** convivente

1. ☐ Istanza redatta su modello B
2. ☐ Copia conforme all'originale (completa in ogni sua parte, ad eccezione della diagnosi) del verbale della Commissione medico-legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/92 (o dichiarazione provvisoria rilasciata dal "medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la stessa ASL cui è assistito l'interessato", ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/93), attestante la situazione di gravità dell'handicap, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della citata legge 104/92;
3. ☐ **Solo in caso di ricovero a tempo pieno:** documentazione medica originale da cui risulta la necessità che per l'intera durata del congedo, la persona che presta assistenza sia presente presso la struttura ove l'assistito è ricoverato a tempo pieno ALL. nr. \_\_\_\_\_
4. ☐ Dichiarazione redatta su modello "E" concernente la mancanza di coniuge e/o genitori dell'assistito.
5. ☐ Dichiarazione redatta su modello "F" concernente la mancanza/impossibilità dei figli dell'assistito.
6. ☐ **Solo se la mancanza del coniuge convivente e dei genitori dell'assistito è dovuta a patologia invalidante:** documentazione medica in originale rilasciata per ciascun interessato da commissione medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, attestante la patologia invalidante, quale stato morboso certificato come invalidante, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso ed univoco ad una delle situazioni previste dall'art. 2, comma 1 lett. d), num. 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000 reperibile su [www.normattiva.it](http://www.normattiva.it): NR. CERT. \_\_\_\_\_

Istanza per assistere **FIGLIO/FIGLIA** anche non convivente

1. ☐ Istanza redatta su modello C
2. ☐ Copia conforme all'originale (completa in ogni sua parte, ad eccezione della diagnosi) del verbale della Commissione medico-legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/92 (o dichiarazione provvisoria rilasciata dal "medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la stessa ASL cui è assistito l'interessato", ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/93), attestante la situazione di gravità dell'handicap, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della citata legge 104/92;
3. ☐ **Solo in caso di ricovero a tempo pieno:** documentazione medica originale da cui risulta la necessità che per l'intera durata del congedo, la persona che presta assistenza sia presente presso la struttura ove l'assistito è ricoverato a tempo pieno ALL. nr. \_\_\_\_\_
4. ☐ **Solo se la mancanza del coniuge convivente e dei genitori dell'assistito è dovuta a patologia invalidante:** documentazione medica in originale rilasciata per ciascun interessato da commissione medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, attestante la patologia invalidante, quale stato morboso certificato come invalidante, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso ed univoco ad una delle situazioni previste dall'art. 2, comma 1 lett. d), num. 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000 reperibile su [www.normattiva.it](http://www.normattiva.it): NR. CERT. \_\_\_\_\_

Istanza per assistere **CONIUGE** convivente:

1. ☐ Istanza redatta su modello D
2. ☐ Copia conforme all'originale (completa in ogni sua parte, ad eccezione della diagnosi) del verbale della Commissione medico-legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/92 (o dichiarazione provvisoria rilasciata dal "medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la stessa ASL cui è assistito l'interessato", ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/93), attestante la situazione di gravità dell'handicap, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della citata legge 104/92;
3. ☐ **Solo in caso di ricovero a tempo pieno:** documentazione medica originale da cui risulta la necessità che per l'intera durata del congedo, la persona che presta assistenza sia presente presso la struttura ove l'assistito è ricoverato a tempo pieno ALL. nr. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma







Istituto Nazionale Previdenza Sociale



**COMMISSIONE MEDICA PER L' ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP**

(Legge del 05 febbraio del 1992 n. 104 - art. 20 comma 1 della Legge 3 agosto 2009 n.102 - art. 18 comma 22 Legge  
15 luglio 2011 n. 111)

Tipo verbale: su visita Data visita: 12/05/2021 Data definizione: 12/05/2021 Tipo accertamento: Nuova Domanda  
Data domanda: 22/10/2020 N.Domanda: 3930869601591 Tipo domanda: L.104/92  
Cognome: MUSCOLINO Nome: SEVERINA C.F.: MSCSRN34R63E594R  
Data di nascita: 23/10/1934 Luogo di nascita: LIMINA Stato civile: Vedovo/a  
Residenza: VIA G AMENDOLA, 16 - 98030 - LIMINA (ME)  
Documento di riconoscimento: CARTA D'IDENTITA' n.: AU8929944 rilasciato il: 21/01/2016 da: LIMINA  
Attività lavorativa: Pensionato

---

Giudizio Conclusivo:

Grado invalidità

Portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.5.2.1992, n.104

---

REVISIONE: No

---

Requisiti di cui all'art. 4 del D.L. 9 febbraio 2012 n.5

art. 381 del DPR 495/1992

art. 8 della legge n. 449/1997

Commissione:

Presidente BARBUZZA OLGA ANTONELLA

Componente COCO GIUSEPPE

Componente OLIVA GIUSEPPE

Operatore Sociale STURNIOLO GIUSEPPE

Luogo: MESSINA (ME)

Data verbale: 12/05/2021

---

Firme autografe sostituite a mezzo stampa ai sensi dell'art.3 comma 2 del D.lgs. n.39 del 1993

**VERBALE DEFINITIVO AI SENSI DELL'ART.20 COMMA 1 DELLA LEGGE 3 AGOSTO 2009 N. 102**



CONSORZIO PER LE  
**AUTOSTRAD E SICILIANE**

A18 Messina-Catania e Siracusa-Gela - A20 Messina-Palermo

**DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

Ufficio Gestione Risorse Umane

Prot. n. *53*/R.U. del *23.08.2022*

Al Dirigente Area Tecnica e di Esercizio  
SEDE

Al Responsabile Ufficio Linea Esazione  
SEDE

OGGETTO: Congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5 - D.Lgs. n° 151/2001 e s.m.i.  
Periodo 04/9/2022-18.09.2022.  
Sig. Giardina Giuseppe Filippo, nato il 26/06/1961 - qualifica A.T.E. liv. "C".

Con l'istanza assunta al prot. gen. dell'Ente il 3/08/2022 con prot. n° 24463, il dipendente in oggetto, ha richiesto la concessione di un periodo di congedo con decorrenza dal 4/9/2022 al 18/9/2022, per l'assistenza al familiare disabile, ai sensi dell'art. 42, comma 5 del D.Lgs. n° 151/2001.

Il disposto normativo di cui in oggetto, determina il diritto, da parte del dipendente, a fruire del "congedo" in esame, entro 60 gg. dalla richiesta.

Ciò premesso, lo scrivente Ufficio, verificata la regolarità della documentazione pervenuta a corredo dell'istanza in riferimento per la definizione della pratica necessita del previsto parere di nulla-osta da parte del Dirigente/Responsabile dell'impiego in servizio della predetta dipendente nelle more della compatibilità e coordinamento tra l'assenza dal servizio e le esigenze organizzative di codesto Ufficio.

Si rimane in attesa di quanto richiesto per la formulazione del provvedimento.

Il Responsabile dell'Ufficio  
Dott. Antonino Castriciano