

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

DECRETO DIRIGENZIALE N. 430 DA del 02 ~~100~~ 2023

Oggetto: Concessione congedo retribuito ai sensi dell'art 42 comma 5 del D.Lgs. n.151/2001
Periodo dal 13.08.2023 al 11.09.2023 per giorni 30. 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. del 10.07.2023 ha avanzato richiesta di un periodo di congedo retribuito dal 13.08.2023 al 11.09.2023 (giorni 30), 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;

VISTO il parere favorevole espresso, sulla succitata nota, dal Responsabile Linea Esazione

CONSIDERATO che il dipendente ha già usufruito di precedenti periodi di congedo allo stesso titolo per un totale di 125 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

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 13.08.2023 e fino al 11.09.2023;

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;

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

Trasmettere copia del presente provvedimento:

- al dipendente;
- al Dirigente Area Tecnica di Esercizio;
- al Responsabile Ufficio Linea Esazione.

Il Responsabile Ufficio Personale
Dott. Walter Zampogna



Il Dirigente Amministrativo

Il Direttore Generale f.f.
Ing. Dario Costantino

ISTANZA E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIFICO PER ASSISTERE IL GENITORE CONVIVENTE

Il sottoscritto/a GIARDINA GIUSEPPE FILIPPO nato/a LIMINA ME 26 06 61 presso LIMINA ME G. AMENDOLA 16 in servizio presso CONSORZIO AUTOSTRADE SICILIANE

CHIEDE

un congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001, dal 13 8 23 al 11 9 2023 per assistere il GENITORE MUSCOLINO SEVERINA nato/a 23 10 34 presso LIMINA ME G. AMENDOLA 16

A tal fine, consapevole della sanzione per il mancato adempimento di dichiarare al datore di lavoro la situazione familiare, richiamate dall'art. 70 c. 1 D.Lgs. n. 115/2001 e consapevole che, qualora il datore di lavoro non sia familiare, il datore di lavoro non è tenuto a fornire l'assistenza del datore di lavoro, dichiara e presta la seguente dichiarazione:

DICHIARA

Checklist of declarations: Che il familiare è nelle condizioni previste dall'art. 42, comma 5, del D.Lgs. n. 151/2001 e che da allegati... Che il familiare da assistere è convivente... Che il familiare da assistere è convivente e che il familiare è registrato al sistema di famiglia del datore di lavoro.

Table with columns: cognome, nome, data di nascita, relazione, codice fiscale. Rows: GIARDINA GIUSEPPE FILIPPO (BRUGIARINI) GRD6PP61H26E594S; MUSCOLINO SEVERINA (MADRE) MSCSRN34R63E594R

Consorzio per le AUTOSTRADE SICILIANE Prot. 20698 del 10-07-2023 Sez. A



Consorzio Autostrade Siciliane Posta in Entrata: 05 LUG. 2023 DIR. GEN. D.A. D.A.T.E.

Checklist of conditions: Che il familiare da assistere NON è figlio... Che il familiare da assistere è convivente a tempo pieno... Che il familiare da assistere NON è lavoratore dipendente... Che il familiare da assistere NON è lavoratore dipendente e che durante il periodo di assenza non può svolgere attività lavorativa... Che nel soggetto legittimato in ordine di priorità il convivente è il unico familiare convivente... di FIGLIO/FIGLIA - in grado di prestare assistenza quotidiana al familiare dell'assistito (coniuge, padre, madre, convivente) nelle condizioni indicate nella dichiarazione allegata con il modello B.

Table for recording periods of absence with columns for dates and a 'TOTALE' row.

Checklist of absence periods: di NON aver usufruito di precedenti periodi allo stesso titolo... di aver usufruito di precedenti periodi di aspettativa o variazioni... di NON aver usufruito di alcun periodo di aspettativa o variazioni...

DATA 6-7-2023

Visto Nulla osta (Signature)

FIRMA (Signature: Giuseppe Filippo)

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

Il/La sottoscritto/a cognome GIARDINA nome GIUSEPPE FILIPPO
 nato/a LIMINA prov. ME il 26 06 61
 residente a LIMINA 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 13 8 23 al 11 9 2023
 per assistere il GENITORE MUSCOLINO SEVERINA nato/a il 23 10 34
 residente a: LIMINA 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 LIMINA ME
 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. 20698 del 10-07-2023 Sez. A 				

Consorzio Autostrade Siciliane
Posta in Entrata

Che il familiare da assistere NON è ricoverato
 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**.

05 LUG. 2023
 DIR. GEN. / D.A. / D.A.T.E.

di aver usufruito di precedenti periodi di congedo allo stesso titolo

dal				al			
dal				al			
dal				al			
dal				al			
TOTALE				GG. 			

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 6-7-2023

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/La sottoscritto/a

nato/a provincia il

residente a: prov. Via n.

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 nato a in data

residente a: prov. Via n.

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

quadro 1	<input type="checkbox"/>	il coniuge dell'assistito <input type="text" value="GIARDINA FILIPPO"/> nato il <input type="text" value="21"/> <input type="text" value="12"/> <input type="text" value="28"/>
	è 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
<input type="checkbox"/>	è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza	
<input type="checkbox"/>	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 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 www.normattiva.it . Si allega certificazione medica in tal senso.	
quadro 2	il padre dell'assistito è mancante per i seguenti motivi:	
	<input type="checkbox"/>	inesistenza del nubilato
	<input type="checkbox"/>	l'assistito è figlio naturale non riconosciuto
	<input type="checkbox"/>	il padre dell'assistito <input type="text"/> nato il <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	è mancante per i seguenti motivi:
<input type="checkbox"/>	è deceduto il <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza	
<input type="checkbox"/>	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 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 www.normattiva.it . Si allega certificazione medica in tal senso.	
quadro 3	la madre dell'assistito <input type="text"/> nato il <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	è mancante per i seguenti motivi:	
	<input type="checkbox"/>	è deceduta il <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza
<input type="checkbox"/>	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 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 www.normattiva.it . Si allega certificazione medica in tal senso.	

DATA 6-7-2023

FIRMA

Giuseppe Filippo

Cognome GIARDINA Nome GIUSEPPE FILIPPO

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: 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: 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: 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 6-7-2023

Firma

Giuseppe Filippo



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

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

Il/La sottoscritto/a cognome nome
 nato/a prov. il
 residente a prov. Via n.
 in servizio presso

CHIEDE

un congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001, dal al
 per assistere il GENITORE nato/a il
 residente a: prov. Via n.

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)

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

 Che il familiare da assistere è (barrare la casella)

<input type="checkbox"/> celibe/mibile	<input type="checkbox"/> coniugato/a	<input type="checkbox"/> 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	GRDGP61H26E594S
MUSCOLINO	SEVERINA	23-10-34	MADRE	MSCSRN34R63E594R

*he pro
peru*

Che il familiare da assistere NON è ricoverato a tempo pieno;
 Che il familiare da assistere è ricoverato a tempo pieno e necessita di speci
 Che l'assistito NON è lavoratore dipendente;
 Che l'assistito è lavoratore dipendente e che durante il periodo dell'assisten.
 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

 al

TOTALE	GG.	<input type="text" value="135"/>
--------	-----	----------------------------------

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 19-6-2023

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 accoglimento 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 **LIMINA**

provincia **ME** il **26** **06** **61**

residente a: **LIMINA**

prov. **ME**

Via **G. AMENDOLA**

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 **MUSCOINO SEVERINA**

nato a **LIMINA**

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

residente a: **LIMINA**

prov. **ME**

Via **G. AMENDOLA**

n. **16**

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

quadro 1	<input type="checkbox"/>	il coniuge dell'assistito GIARDINA FILIPPO nato il 21 12 28
	è 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
<input type="checkbox"/>	è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza	
<input type="checkbox"/>	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 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 www.normattiva.it . Si allega certificazione medica in tal senso.	
quadro 2	il padre dell'assistito è mancante per i seguenti motivi:	
	<input type="checkbox"/>	inesistenza del nubilato
	<input type="checkbox"/>	l'assistito è figlio naturale non riconosciuto
	<input type="checkbox"/>	il padre dell'assistito _____ nato il _____
	<input type="checkbox"/>	è mancante per i seguenti motivi:
<input type="checkbox"/>	è deceduto il _____	
<input type="checkbox"/>	è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza	
<input type="checkbox"/>	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 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 www.normattiva.it . Si allega certificazione medica in tal senso.	
quadro 3	la madre dell'assistito _____ nato il _____	
	è 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
<input type="checkbox"/>	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 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 www.normattiva.it . Si allega certificazione medica in tal senso.	

DATA 19-6-2023

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:

- Istanza redatta su modello **A**
- 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;
- 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
- Dichiarazione redatta sul **modello "E"** concernente la mancanza di coniuge e genitori dell'assistito. ALL. nr. _____
- 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. NR. CERT. _____

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

- Istanza redatta sul modello **B**
- 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;
- 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
- Dichiarazione redatta su **modello "E"** concernente la mancanza di coniuge e/o genitori dell'assistito. ALL. nr. _____
- Dichiarazione redatta su **modello "F"** concernente la mancanza/impossibilità dei figli dell'assistito.
- 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. NR. CERT. _____

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

- Istanza redatta su modello **C**
- 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;
- 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
- 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. NR. CERT. _____

Istanza per assistere **CONIUGE** convivente:

- Istanza redatta su modello **D**
- 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;
- 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

Data 19-6-2023

Firma

Giuseppe Filippo



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