

numero di mesi: ____ gg. ____ dal _____ al _____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal _____ al _____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal _____ al _____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal _____ al _____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal _____ al _____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal _____ al _____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal _____ al _____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal _____ al _____

5. di aver già fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari con disabilità di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni, pari a _____;
6. che il genitore in situazione di disabilità grave non ha altri figli conviventi;
7. che altri familiari hanno già fruito di n. ____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona;
8. che il coniuge del soggetto da assistere è mancante, deceduto o affetto da patologie invalidanti; _____
9. che il soggetto con disabilità non è ricoverato a tempo pieno;
10. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia la situazione dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Data _____

Firma _____