Comune/Comunitá comprensoriale di ………………………

**RICHIESTA DEI BENEFICI PER GENITORI DI FIGLI IN QUARANTENA OBBLIGATORIA /**

**DURANTE SOSPENSIONE DELL’ATTIVITÀ DIDATTICA IN PRESENZA DEL FIGLIO**

di cui all‘art. 5 del DL n. 111/2020 e all’art. 21-bis del Testo coord. DL n. 104/2020 (legge di conversione 13.10.2020 n. 126), art. 22 del DL n. 137/2020 e art. 13 del DL n. 149/2020

La/Il sottoscritta/o , nato/a a il

, dipendente del Comune di ……………… in qualità di

nell‘unità organizzativa

,

con rapporto di lavoro

a tempo pieno

a tempo parziale: verticale

orizzontale

# C H I E D E

per suo/a figlio/a (anche in caso di adozione o affidamento)

nato/a il a

di svolgere l’attività lavorativa in modalità di smart working per genitori con figli minori di 16 anni

di essere collocato/a in congedo spec. Covid-19 con 50% di stip. per genitori con figli minori di 14 anni

di essere collocato/a in congedo spec. Covid-19 con 50% di stip. per genitori con figli con disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi della legge n. 104/1992

di essere collocato/a in congedo spec. Covid-19 con 50% di stip. per genitori con figli che frequentano la scuola secondaria di primo grado (detta scuola media) in caso di classificazione dell’area in “zona rossa”

di essere collocato/a in congedo spec. Covid-19 senza assegni per genitori con figli di età tra i 14 e 16 anni

# per il periodo dal

**per i seguenti giorni:**

# fino al

**O P P U R E**

# compreso

*periodo massimo:*

* *durata della quarantena obbligatoria: nel periodo dal 09/09/2020 fino al 31/12/2020 compreso;*
* *durata della sospensione dell‘attività didattica in presenza del figlio: nel periodo dal 29/10/2020 fino al 31/12/2020 compreso;*
* *durata della sospensione dell‘attività didattica in presenza del figlio nelle scuole secondarie di primo grado*

*(dette scuole medie) nel caso di classificazione dell‘area in „zona rossa“: nel periodo a partire dal 09/11/2020;*

* *durata della sospensione della scuola di ogni ordine e grado/centro diurno a carattere assistenziale, nella quale è iscritto/ospitato il figlio con disabilità in situazione di gravità accertata: per il periodo a partire dal 09/11/2020.*

Consapevole che la falsità è punita ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, così come previsto dall’art. 76 del testo unico approvato con d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, e che qualora dai controlli emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, l/la sottoscritto/a

**DATI RELATIVI ALL‘ALTRO GENITORE:**

Cognome e nome

, nato il

a

,

con la stessa residenza anagrafica del figlio suddetto non con la stessa residenza anagraf.del figlio suddetto è dipendente con rapporto di lavoro subordinato:

presso il datore di lavoro:

indirizzo del datore di lavoro:

con rapporto di lavoro

a tempo pieno

a tempo parziale:

verticale

orizzontale

è libero professionista o lavoratore/-trice autonomo/a: nome della ditta

indirizzo della sede legale:

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

1. che il suddetto figlio ha la stessa residenza anagrafica del genitore richiedente;

# 2)

che la quarantena del figlio convivente è stata disposta dall‘Azienda Sanitaria per il periodo dal al a seguito di un contatto verificatosi:

all‘interno del plesso scolastico (esclusivamente scuola dell‘infanzia e scuola) oppure, solamente per il diritto allo smart working, nell’ambito dello svolgimento di attività sportive di base e di attività motoria in strutture quali palestre, piscine, centri sportivi e circoli sportivi – sia pubblici che privati - oppure all’interno di strutture regolarmente frequentate per seguire lezioni musicali e linguistiche

*indicazione dell’istituzione scolastica / della struttura o circolo sportiva/o / della struttura delle lezioni musicali o linguistiche*

che il suddetto figlio frequenta la seguente scuola d‘infanzia/scuola, per la quale è stata disposta la sospensione dell‘attività didattica in presenza del figlio:

nel caso di richiesta del beneficio per genitori con figli con disabilità in situazione di gravità accertata:

che la disabilità grave del figlio è stata accertata ai sensi dell’art. 4, comma 1, Legge 5 febbraio 1992, n. 104,

che il figlio suddetto è iscritto nella seguente scuola ovvero è ospitato nel seguente centro diurno a carattere assistenziale:

# 3)

* 1. che l‘altro genitore dello stesso nucleo familiare non usufruisce contemporaneamente del congedo speciale Covid-19 per genitori con figli in quarantena o di analoghi benefici (p.es. congedo parentale ordinario, aspettativa per personale con prole senza prestazione di servizio, permesso per motivi educativi richiesto per il figlio suddetto oppure aspettativa senza assegni per motivi personali/familiari o di studio);
	2. che l‘altro genitore dello stesso nucleo familiare non svolge contemporaneamente la sua attività lavorativa in modalità di smart working/telelavoro o in un‘altra modalità agile;
	3. che l‘altro genitore dello stesso nucleo familiare non è contemporaneamente disoccupato/non lavoratore;
	4. che nello stesso nucleo familiare non vi è altro genitore che contemporaneamente non svolge alcuna attività lavorativa per altri motivi (p.es. collocamento in cassa integrazione);

# barrare il seguente punto solo in caso affermativo:

l’altro genitore dello stesso nucleo familiare rientra fra i “soggetti fragili” con corrispondente certificazione della medicina legale o del lavoro (allegare alla richiesta la certificazione);

# valido solamente in caso di richiesta di congedo speciale Covid-19 per genitori con figli in quarantena obbligatoria:

che l’altro genitore dello stesso nucleo familiare non può svolgere l’attività lavorativa in modalità di smart working/telelavoro o in un‘altra modalità di lavoro agile.

# 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 del/della dichiarante*

# Allegati:

certificato di quarantena obbligatoria del figlio disposto dall’Azienda sanitaria relativo alla durata della quarantena;

certificato da parte della scuola d‘infanzia/scuola riguardante l‘ordinanza di sospensione dell‘attività didattica in presenza del figlio ovvero, in caso di figli con disabilità in situazione di gravità accertata, riguardante l‘ordinanza di chiusura della scuola/del centro diurno a carattere assistenziale;

 dichiarazione da parte del datore di lavoro dell’altro genitore che non è possibile svolgere la prestazione lavorativa in modalità di smart working/telelavoro o in un‘altra modalità agile;

 certificazione della medicina legale o del lavoro (da allegare alla richiesta solo nel caso in cui l’altro genitore dello stesso nucleo familiare rientra fra i “soggetti fragili”).

\* \* \* \*

***Spazio riservato ai dirigenti competenti:***

Il/La superiore del/la dipendente richiedente,

 autorizza ovvero conferma la possibilità di svolgere l’attività lavorativa del/la dipendente in modalità di smart working durante il periodo suddetto richiesto

 dichiara che non sussiste possibilità di svolgere l’attività lavorativa del/la dipendente in modalità di smart working durante il periodo suddetto richiesto

Data:

Firma del/la dirigente

\* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \*