ASL LATINA
UOC GESTIONE GIURIDICA ED ECONOMICA DEL PERSONALE

MODELLO A
RICHIESTA DI CONGEDO PER LA CONSERVAZIONE DEL POSTO DI LAVORO
Art. 1 della Legge 18 luglio 2025, n. 106

Al Direttore UOC Gestione Giuridica ed Economica del Personale
ASL Latina

Il/La sottoscritto/a **Cognome:** _____ **Nome:** _____

Codice fiscale: _____, **Data di nascita:** _____

Matricola: _____ **Struttura/U.O.C.:** _____

Profilo professionale: _____ **Recapito telefonico** _____

e-mail istituzionale: _____ **PEC** _____

consapevole delle responsabilità previste dalla normativa vigente in caso di dichiarazioni non veritiere,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 1 della **Legge 18 luglio 2025, n. 106**, la concessione del **congedo per la conservazione del posto di lavoro**, per un periodo complessivo non superiore a 24 mesi, in quanto affetto/a da una delle seguenti condizioni previste dalla normativa;

☐ **malattia oncologica**;

☐ **malattia invalidante o cronica, anche rara, con grado di invalidità civile pari o superiore al 74%.**

2. PERIODO DI CONGEDO RICHIESTO

Il/La sottoscritto/a chiede di fruire del congedo:

☐ **in forma continuativa**
dal ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____ per complessivi giorni _____.

☐ **in forma frazionata**, secondo il seguente calendario:

Periodo	Dal	Al	Giorni
1° periodo	_____ /	_____	= _____
2° periodo	_____ /	_____	= _____
3° periodo	_____ /	_____	= _____
4° periodo	_____ /	_____	= _____

Totale periodo richiesto: _____

Totale congedo già eventualmente fruito ai sensi dell'art. 1 L. 106/2025: _____

Totale complessivo, compreso il periodo richiesto: _____

3. DICHIARAZIONI RELATIVE AGLI ALTRI PERIODI DI ASSENZA

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la fruizione del congedo di cui all'art. 1 della Legge n. 106/2025 **decorre dall'esaurimento degli altri periodi di assenza giustificata, con o senza retribuzione, spettanti al dipendente a qualunque titolo**.

A tal fine dichiara:

☐ di aver esaurito gli altri periodi di assenza giustificata spettanti;

☐ di essere in fase di esaurimento degli altri periodi di assenza spettanti, che termineranno in data ____ / ____ / ____;

☐ di allegare alla presente richiesta la documentazione necessaria alla verifica dei periodi di assenza già fruiti e/o spettanti.

Eventuali periodi di assenza ancora disponibili:

_____

4. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ certificazione della malattia rilasciata dal medico di medicina generale o dal medico specialista operante presso una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che ha in cura il lavoratore;

☐ verbale di riconoscimento dell'invalidità civile pari o superiore al 74%, ove richiesto;

☐ documentazione relativa ai periodi di assenza già fruiti e/o spettanti;

☐ altra documentazione: _____

5. DICHIARAZIONI DEL DIPENDENTE

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che durante il periodo di congedo:

- è garantita la **conservazione del posto di lavoro**;
- **non spetta la retribuzione**;
- non è consentito svolgere **alcun tipo di attività lavorativa**;
- il periodo non è computato nell'**anzianità di servizio**;
- il periodo non è computato ai **fini previdenziali**;
- è possibile procedere al riscatto del periodo mediante versamento dei relativi contributi, secondo quanto previsto dalla normativa vigente;

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla UOC Gestione Giuridica ed Economica del Personale ogni variazione relativa alla propria posizione e, in particolare, ogni circostanza che possa incidere sulla fruizione del congedo, consapevole delle conseguenze previste dalla normativa vigente in caso di omessa, tardiva o inesatta comunicazione.

Il sottoscritto autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali e particolari, anche di tipo sensibile, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003, specificamente finalizzato al riconoscimento delle tutele e dei permessi previsti dalla Legge 106/2025.

Luogo e data: _____

Firma del/della dipendente

_____