

Congedo pagato per assistenza ai familiari

art. 46 cpv 1 lett. ^{fbis} LORD

Il/la collaboratore/trice ha diritto, dopo presentazione di un certificato medico, a un congedo pagato per il tempo necessario all'assistenza ai familiari o conviventi con problemi di salute. La durata del congedo è fissata a tre giorni per evento e al massimo dieci giorni all'anno.

Il diritto al congedo potrà essere esercitato una sola volta per ogni singolo evento e non in modo reiterato.

Sono considerati familiari i parenti in linea ascendente e discendente (principalmente genitori e figli nei confronti dei quali vi è un rapporto di filiazione ai sensi del Codice civile) nonché fratelli e sorelle. A questi si aggiungono il coniuge, il partner registrato, i suoceri e il partner che convive con il lavoratore nella medesima economia domestica da almeno cinque anni ininterrottamente.

Una persona potrà ad esempio occuparsi di un figlio malato, del padre, del fratello o di un altro figlio malato nel corso dello stesso anno, purché il numero totale di assenze non superi i dieci giorni all'anno. L'anno da considerare è quello scolastico.

Il congedo per l'assistenza sarà riconosciuto unicamente nel caso in cui il familiare necessiti di cure e assistenza da parte di terze persone.

Procedura per il docente:

- Comunicare immediatamente l'assenza al/la proprio/a Direttore/trice o Funzionario/a dirigente.
- Far compilare il presente certificato dal medico curante, fare autorizzare il formulario dal/la proprio/a Direttore/trice o Funzionario/a dirigente e trasmetterlo alla Sezione amministrativa.
- La richiesta può essere inoltrata retroattivamente. È comunque necessario indicare con precisione i giorni di assenza correlati al congedo pagato per assistenza ai familiari.
- Il diritto al congedo potrà essere esercitato una sola volta per ogni singolo evento e non in modo reiterato, anche se in caso di malattia di lunga durata si verificano crisi ripetute che richiedono ogni volta assistenza.
- Il limite massimo è di 10 giorni all'anno.

Certificazione del medico

Nome e cognome del/la familiare

Data di nascita

Domicilio

Grado di parentela

- Il/La familiare ha problemi di salute?

SI NO

- Il/La familiare non è autosufficiente e ha bisogno di assistenza da parte di terze persone?

SI NO

Osservazioni:

.....
Data

.....
Cognome, Nome del Medico

.....
Firma

Dati di servizio

CID

Cognome, Nome

Funzione

Divisione

Unità amministrativa/Scuola

- Vi sono altri familiari con l'obbligo di assistenza ai sensi del Codice civile?

SI NO

- Il/La familiare che necessita di assistenza beneficia di aiuti extra-familiari (aiuti domiciliari)?

SI NO

Congedo pagato per assistenza ai familiari

Grado di parentela:

.....

Chiedo di beneficiare di no. giorni di congedo pagato dal al

Data

Firma richiedente

Autorizzazione

accolta respinta

.....
Data

.....
Timbro e firma

**Contro la presente decisione è data facoltà di reclamo
alla Sezione amministrativa, Piazza Governo 7, 6501 Bellinzona entro 30 giorni dall'intimazione**