

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dell' Istituto Comprensivo S. Lucia

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza familiare in situazione di handicap di cui al c. 3 dell'art. 3 Legge 104/92.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
_____ Prov. _____, C.F. _____,
residente in _____ (_____) Via _____
n. _____ in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____
con rapporto a tempo ☐ Indeterminato ☐ Determinato

CHIEDE

di poter fruire del congedo straordinario biennale retribuito di cui all'art. 42, co 5, del D.lgs 151/2001, come modificato da sentenze della Corte Costituzionale n. 233 dell'08/06/2005 e n. 19 del 26/01/2009 per assistenza a persona disabile convivente in situazione di handicap grave in quanto:

☐ Figlio/a di persona disabile ☐ Coniuge ☐ fratello/sorella; ☐ nuora/genero

A tal fine ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

☐ che l'ASL di _____ nella seduta del _____ ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) di:

Cognome e Nome

Grado di parentela

Data e Luogo di nascita

Residente a

Prov. _____

Via _____

n. _____ come risulta da **documentazione allegata**

- ☐ di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
☐ che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverato/a a tempo pieno presso Istituto specializzato a tempo pieno;
☐ che il proprio familiare portatore di handicap grave non è impegnato in attività lavorativa;
☐ di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopraindicato;
☐ di essere convivente con il/la proprio/a _____ nome e cognome

_____, in situazione di disabilità grave in _____ (Comune)
_____ via _____;

- ☐ che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap;

- ☐ che la persona disabile in situazione di gravità ha figli o non convive con alcuno di essi;
- ☐ che gli altri parenti entro il terzo grado di parentela della persona disabile in situazione di gravità non convivono con essa;
- ☐ che il proprio familiare portatore di handicap grave è stato accertato che ☐ non è rivedibile
☐ è rivedibile in data ;

☐ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal		al		gg.	
dal		al		gg.	
dal		al		gg.	
dal		al		gg.	

☐ di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

dal		al		gg.	
dal		al		gg.	
dal		al		gg.	
dal		al		gg.	

☐ di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del TU delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, DPR N. 445 DEL 28/12/2000.

☐ che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende dichiarazioni false

Si allega:

Documentazione allegata alla presente richiesta

- ✓ Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap del genitore/familiare in situazione di handicap.
- ✓ Dichiarazione sostitutiva di residenza e stato di famiglia
- ✓ Dati del genitore /familiare disabile in situazione di gravità
- ✓ Copia carta d'identità del genitore/familiare in situazione di handicap grave e Codice Fiscale
- ✓ Copia carta d'identità del richiedente e Codice Fiscale
- ✓ Dichiarazione altri familiari conviventi e non convivente.
- ✓

Data

Firma

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.