MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO
PER ASSISTERE FAMILIARE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'
(*art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)*

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "P. Aldi"
Manciano

OGGETTO: Richiesta CONGEDO BIENNALE per assistenza persona in situazione di Handicap grave (art. 42 co. 5 D.L.gs 151/2000)

__l__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____ prov _____

il _____ residente a _____ prov _____

via _____ n° _____ in servizio c/o codesta Istituzione

Scolastica in qualità di _____ a tempo _____
docente – personle ATA *determinato - indeterminato*

presso la scuola _____ di , _____
infanzia – primaria – secondaria

CHIEDE

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, co 5, del D.lgs 151/2001, come modificato da sentenze della Corte Costituzionale n. 233 dell08/06/2005 e n. 19 del 26/01/2009 in quanto:

- ☐ Genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni
- ☐ Genitore della persona disabile di età superiore a tre anni
- ☐ Parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figli, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell'ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio)

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:
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche/integrazioni)

☐ 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[1] _____ (data adozione/affido) _____
Data e Luogo di nascita _____
Residente a _____ (Prov. ___)
Via _____ n. ____ come risulta da documentazione che si allega.

☐ 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 specializzati;

[1] Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc…)

☐ di essere convivente[2] con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopraindicato;
☐ che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap;
☐ che i genitori della persona disabile in situazione di gravità sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione);
☐ che la persona disabile in situazione di gravità non ha figli o non convive con alcuno di essi;
☐ che la persona disabile in situazione di gravità non ha fratelli 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;
☐ di essere a conoscenza della rinuncia degli altri figli di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a conviventi ad usufruire per lo stesso genitore del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti;
☐ che altri familiari di mio/a padre/madre hanno già usufruito di n. giorni di congedo straordinario per lo stesso genitore disabile in situazione di gravità;
☐ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

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

☐ di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti " per gravi e documentati motivi familiari" (art.4, comma 2, Legge n. 53//2000)

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

☐ di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

☐ INTERO

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

☐ FRAZIONATO

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

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

Si allega:

- Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica, Legge 104/1992, operante presso l'ASL;
- Certificato di nascita del familiare o autocertificazione;
- Autodichiarazione rilasciata dagli altri aventi diritto di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti.

DATA _____ FIRMA_____

[2] Per convivenza si deve intendere solo la comune residenza, luogo in cui la persona ha la dimora abituale (Messaggio INPS N, 19583/02/09/2009)