

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'ISI "G. Marconi"
Viareggio

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona con handicap in situazione di gravità

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

CHIEDE

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, c. 5, del D.Lgs 151/2001, come modificato da sentenze della Corte Costituzionale n. 233 del 08/06/2005 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

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 adozione/affido)¹ _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Residente a _____ (Prov. _____)
in _____ 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
- di essere convivente² con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopraindicato
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap
- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

- intero dal _____ al _____ per mesi: _____ gg.: _____
- frazionato dal _____ al _____ per mesi: _____ gg.: _____
dal _____ al _____ per mesi: _____ gg.: _____
dal _____ al _____ per mesi: _____ gg.: _____
dal _____ al _____ per mesi: _____ 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

Viareggio, lì _____

(Firma)

Visto **Il Dirigente Scolastico**
con eventuale firma digitale

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

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)