

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C. "Buonocore-Fienga"
di Meta (NA)

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

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ ,
C.F. _____ , residente in _____ (_____)
Via _____ n. _____ in servizio presso questa scuola in qualità di
_____ con rapporto di lavoro a Tempo _____

CHIEDE

di poter fruire 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 dell'08/06/2005 e n. 19 del 26/01/2009, 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'INPS 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 /P.zza _____ 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 ricoverata/o a tempo pieno presso istituto specializzato;
- ☐ 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;

- ☐ che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto 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 in data _____ ;
- ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

- ☐ di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

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 art. 71,75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, D.P.R. n.445 del 28/12/2000

luogo e data _____

(Firma)