

**DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL
GENITORE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’
(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001, come modificato dal dlgs 119/2011)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC “MONTECORVINO ROVELLA” (SA)

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato il _____ a _____ ,
C.F. _____ , residente in _____ (_____)
Via _____ n. _____ in servizio presso questa scuola in qualità di

CHIEDE

Ai sensi dell’art. 42, comma 5 D.L.vo N. 151/2001 di poter fruire di un congedo straordinario retribuito per assistere il padre/la madre sig./ra _____
nato/a a _____ prov _____ il _____
C.F. _____ residente a _____ in
via _____, in situazione di disabilità grave riconosciuta ai
sensi dell’art.3 comma 3, della legge 104 del 5 febbraio 1992; dal _____ al

DICHIARA

1. di essere convivente con il genitore (medesima residenza);
2. che il genitore da assistere è stato riconosciuto in condizioni di disabilità grave ai sensi dell’art.3 comma 3, della legge 104/1992;
3. che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
4. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di mesi: ___gg. _____ dal _____ al _____
numero di mesi: ___gg. _____ dal _____ al _____

5. di aver già fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni, pari a _____;
6. che il genitore in situazione di disabilità grave non ha altri figli conviventi;
7. che il coniuge del soggetto da assistere è mancante, deceduto o affetto da patologie invalidanti;
8. che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
9. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia a situazione dichiarata nel presente modulo , di essere altresì consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che , in caso di dichiarazioni di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

(dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà - artt. 46 e 47 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Da allegare obbligatoriamente alla richiesta di congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità.

Il sottoscritt _____ nata il _____

a _____ Prov. _____ residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____, in servizio presso codesta Istituzione

scolastica in qualità di _____, con rapporto di lavoro a Tempo:

Indeterminato Determinato

Con riferimento alla richiesta di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19/26.01.2009, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

1. 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 _____

(se figlio in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento) _____

Data e luogo di nascita _____

C.F. _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

come risulta dalla certificazione 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 ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- Che nessun'altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- Di essere convivente con il soggetto portatore dell'handicap all'indirizzo sopra indicato;
- Di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

Intero dal _____ al _____ per gg. _____

Frazionato dal _____ al _____ per gg. _____

dal _____ al _____ per gg. _____

dal _____ al _____ per 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 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

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

Data _____

Firma _____

