**DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE GENITORE/ FIGLIO DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’**

**(*art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)***

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**dell’Istituto Comprensivo “L.Settembrini”**

**Maddaloni**

# 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 a tempo □ indeterminato □ deteminato

# 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

* + 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. documentazione che si allega.

* + di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata

come risulta da

* + che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituto specializzati
	+ 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 per mesi: gg.: dal al per mesi: gg.: dal al per mesi: gg.: dal al per mesi: gg.: 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.: 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

Maddaloni, / /

Firma

Visto

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa D’ERRICO TIZIANA

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)
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)