

**DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE FAMILIARE DISABILE
IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**

(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001, come modificato dall'art.24 della L. n. 183/2010)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Superiore L. Da Vinci
Aversa (CE)**

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 determinato

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 dell'08/06/2005 e n. 19 del 26/01/2009 in

quanto **coniuge / figlio** _____

di una persona con disabilità nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

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 e Luogo di nascita _____

Residente a _____ (Prov. _____)

Via _____, n. _____

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 istituti specializzati
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo è ricoverato a tempo pieno ma i sanitari della struttura hanno richiesto la mia presenza (allego documentazione)
- 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 altri familiari del coniuge disabile hanno già usufruito di n. _____giorni di congedo per la stessa persona
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal _____ al _____ gg. _____

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 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
- Altro _____

Aversa, ____/____/____

Firma

Visto

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Margherita MONTALBANO

- (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)