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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ in servizio presso questa scuola in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro a Tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## CHIEDE

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui ad art. 42, c. 5 D.L.vo n.. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08/06/2005 e n. 19/26/01/2009, in quanto:

\_\_\_ genitore della personale 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 figlio, 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, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

## DICHIARA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

 (Artt. 46 e 47 (R) T. U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_)

Via /P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 di handicap all’indirizzo sopra indicato;

\_\_ che il familiare è in vita;

\_\_ che \_\_ sottoscritt\_ presta assistenza nei confronti del familiare disabile per il quale sono state chieste le agevolazioni e che le stesse sono uno strumento di assistenza del disabile;

\_\_ di aver usufruito del congedo:

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. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_ di voler fruire del congedo:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_ Il sottoscritto è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l’amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo stato e la collettività sopportano solo per l’effettiva tutela del disabile;

\_\_ 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 – 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)

Si allega:

\_ La documentazione del certificato attestante l’Handicap rilasciata dalla competente commissione medica Legge 104/92 dell’ASL.

Note:

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- la convivenza può essere permanente o temporanea in base all’art. 6 della circolare I.N.P.S. n. 32 del 06/038/2012.