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
Dell' Istituto Comprensivo
Minervini Sisti

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

La sottoscritta _____ nato il _____a _____,
C.F._____ , residente in _____(_____)
Via_____ n. _____ in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____con rapporto a tempo |__| Indeterminato |__| Determinato

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'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 _____
  Data e Luogo di nascita _____
  Residente a _____ (Prov. _____)
  Via _____, 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 ricoverato/a a tempo pieno presso Istituto specializzato a tempo pieno;
- ❑ che il proprio famigliare 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 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 famigliare portatore di handicap grave è stato accertato che |__| non è rivedibile |__| è rivedibile in data ___-___ -_____;
- ❑ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal _____ al _____ gg. ____
dal _____ al _____ gg. ____
dal _____ al _____ gg. ____
dal _____ al _____ gg. ____
dal _____ al _____ gg. ____
dal _____ al _____ 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.:_____
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

Rieti, ____/____/_____

_____
Firma