MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL FAMILIARE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'
(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo "Nunzio Nasi "
Trapani

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 dell'08/06/2005 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'ASP 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. _____ come risulta da documentazione 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 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;
- ☐ 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 soggetti legittimati a fruire del congedo retribuito art. 42, co.5, D.Lgs 151/2001 per il disabile in situazione di gravità con esso/a

conviventi ad usufruire per la stessa persona del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti;

- ❑ che altri familiari di mio/a padre/madre/figlio 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. ____
  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 del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica, Legge 104/1992, operante presso l'ASP

Trapani , ____/____/_____

_____
Firma

Visto

Il Dirigente Scolastico
Ing. Ignazio Monticciolo

(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)