

Al Sig.
DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità.

l sottoscritt _____ nat_ il _____

a _____ prov. (____), residente a _____ prov. (____)

in Via _____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica in

qualità di _____, con rapporto di lavoro a tempo

☐ indeterminato

☐ determinato

CHIEDE

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, comma 5, D.Lgs. n. 151/2001, come modificato dall'art. 4 del D.Lgs. 18.07.2011 n. 119, in quanto:

- ☐ coniuge convivente della persona in situazione di handicap grave;
- ☐ padre o madre della persona in situazione di handicap grave (in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente)(1);
- ☐ figlio/a convivente della persona in situazione di handicap grave (nel caso in cui il coniuge convivente ed entrambi i genitori del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti) (1);
- ☐ fratello o sorella convivente nel caso in cui il coniuge convivente (nel caso in cui entrambi i genitori ed i figli conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti) (1)
- ☐ parente o affine entro il terzo grado convivente della persona disabile in situazione di gravità in qualità di (2)(nel caso in cui il coniuge convivente, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle conviventi siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti) (1).

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

D I C H I A R A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

- ☐ che la struttura _____ di _____ ha rilasciato il verbale prot. n. _____ del _____ con il quale è stata riconosciuta la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. comma 3 della Legge 104/92) di:
cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____
residente a _____ prov. (____) in Via _____
come risulta dalla certificazione che si allega.
- ☐ che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- ☐ che nessun altro familiare fruisce a sua volta di permessi per l'assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per il quale si chiede il congedo;
- ☐ di essere convivente (3) con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
- ☐ di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:
- 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 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.

Data _____

Firma

(1) – La mancanza e/o il decesso dovranno essere documentati con autodichiarazione del richiedente il congedo biennale mentre la sussistenza di patologie invalidanti dovrà risultare da idonea documentazione rilasciata da un medico. Tale documentazione è da allegare alla presente domanda.

(2) – Specificare il vincolo di parentela o affinità.

(3) – Il requisito della convivenza previsto dalla norma si intende soddisfatto anche nel caso in cui la dimora abituale del dipendente e della persona disabile siano nello stesso stabile. Il requisito della convivenza potrà ritenersi soddisfatto anche nei casi in cui sia attestata, mediante la dovuta dichiarazione sostitutiva, la dimora temporanea, ossia l'iscrizione nello schedario della popolazione temporanea di cui all'art. 32 del D.P.R. n. 223/1989.