# MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE FAMILIARE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’

***(art. 42, comma 5 e ss. D.L.vo N. 151/2001)***

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’Istituto Comp.vo “B.Pasquini” Massa e Cozzile 51010 (PT)

# 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 di lavoro a Tempo

# 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’INPS 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 /P.zza 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 ricoverata/o a tempo pieno presso istituto specializzato;
* che il proprio familiare 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 soggetto 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 familiare portatore di handicap grave è stato accertato che non / è rivedibile in data ;
* di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

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 secondo le seguenti modalità:

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 art. 71,75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, D.P.R.

n.445 del 28/12/2000

Massa e Cozzile



(Firma)