

**CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARI CON
HANDICAP GRAVE**

(art. 42 comma 5 decreto legislativo n. 151/2001 e successive modificazioni)

Al Dirigente scolastico

Data _____

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____), il
_____, residente a _____, via _____, codice fiscale
_____, dipendente di codesta Istituzione scolastica in qualità di docente
Assistente amm.vo Collaboratore scolastico con contratto a tempo indeterminato a tempo determinato

CHIEDE

In qualità di:

- coniuge convivente della persona con handicap grave,**
oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente,
- padre o madre naturale o adottivo/a,** anche se non convivente con il figlio, oppure in caso di decesso,
mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi,
- figlio convivente,**
oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi
- fratelli o sorelle conviventi,**
- parente o affine entro il terzo grado conviventi,**

di fruire del congedo straordinario spettante per la persona in condizione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992 e della relativa indennità in base all'art.42 comma 5 del D. Lgs. 151/2001 per i seguenti periodi:

dal _____ al _____ tot gg. _____
dal _____ al _____ tot gg. _____
dal _____ al _____ tot gg. _____

per assistere il disabile sotto indicato:

Cognome _____ Nome _____ nata/o
a _____ il _____ residente
a _____ in via _____

A TAL FINE DICHIARA

- di essere convivente con il coniuge - con il genitore - con il fratello/sorella in condizione di disabilità grave (la convivenza non è richiesta per l'assistenza verso i figli da parte del padre e della madre)

che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1, della Legge 104/1992 dalla Asl di _____ in data _____ Rivedibile: SI NO

che non è ricoverato a tempo pieno

che non è impegnato in attività lavorativa

che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri previsti dall'art. 33 della L. 104/92 – Unica eccezione per il padre e la madre verso i figli per i quali si dichiara che l'altro genitore fruirà

non usufruirà dei permessi nello stesso mese, seppur non negli stessi giorni;

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari retribuiti e non retribuiti (art 4, comma 2. L.53/2000) sia per il presente familiare disabile, che per altri familiari o per altri gravi motivi personali (max 2 anni per lavoratore) per i seguenti periodi:

dal _____ al _____ tot. gg _____

dal _____ al _____ tot. gg _____

dal _____ al _____ tot. gg _____

DICHIARA INOLTRE

che non sono stati usufruiti, da altri aventi diritto, giorni di congedo straordinario con o senza indennizzo per lo stesso familiare disabile (max 2 anni per disabile);

che sono stati fruiti, da altri familiari aventi diritto, (indicare cognome, nome, data di nascita, tipologia di parentela con il disabile, luogo di lavoro)

_____ di congedi straordinari con indennizzo o senza retribuzione (art 4, comma 2. L.53/2000) per lo stesso soggetto:

dal _____ al _____ tot. gg _____

dal _____ al _____ tot. gg _____

dal _____ al _____ tot. gg _____

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, etc...

Il/la sottoscritto/a, è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

Il/la sottoscritto/a

ALLEGATI

Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia se non è già in possesso di questa Amministrazione)

Altro _____