

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

__I__ sottoscritt_____ nat__il_____
_____ a_____ (Prov._____) residente a
_____(Prov._____)_____
Via/P.zza_____n._____, 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 ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19/26.01.2009, 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 figlio, 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, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n 445)

☐ 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 parentela¹ _____
(data adozione/affido)_____ data e luogo di nascita _____
residente a_____, (Prov._____), via/P.zza _____
n._____ come risulta dalla certificazione 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 ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- ☐ che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- ☐ di essere convivente² con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
- ☐ di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

☐ intero, 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 controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sensi degli artt. 71, 75 e 76 _ T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R 26.12.2000 n. 445.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data, _____

Firma

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. 19583/02.09.09)