FUTURA LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI

ISTITUTO COMPRENSIVO "GIORGIO BASSANI
Scuola dell'infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado
www.icgiorgiobassani.edu.it
Via Giacomo Matteotti 24/D, 44011 ARGENTA (FE) Tel. 0532.800786
e-mail: feic82200a@istruzione.it posta certificata: feic82200a@pec.istruzione.it
C.F. 93085170384 - CODICE UNIVOCO: UFHRFX

MODELLO DI DOMANDA PER
CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE A PERSONA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "G. Bassani"
ARGENTA

OGGETTO: **Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap**

Il sottoscritto _____ a _____ (____), nato il _____, C.F. _____, residente in _____ (____) Via_____ n. _____ in servizio presso questa scuola in qualità di _____ con rapporto a tempo indeterminato / determinato

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 dell08/06/2005 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
- ☐ Coniuge di persona con disabilità
- ☐ Figlio/a di persona con disabilità (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

valendosi del disposto di cui agli artt. **46-47** e **76** del testo unico, approvato con **DPR 445** del 28/12/2000 **e ai sensi dell'applicazione delle nuove disposizioni sostitutive art. 15 Legge 183/2011 entrate in vigore dal 1° gennaio 2012**, consapevole delle sanzioni previste dal codice e dalle leggi speciali in materia per il caso di dichiarazione falsa o mendace e l'uso di atto falso, come richiamate dall'art.76 del Testo Unico approvato con DPR 445/2000:

☐ 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 _____ C.F. _____

Grado di parentela _____ [(1)] (data adozione/affido) _____

Data e Luogo di nascita _____ (Prov. _____)

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 (allegare certificazione)

☐ che la persona disabile in situazione di gravità è

☐ nubile ☐ vedovo/a ☐ che il coniuge non è in grado di assisterla

☐ 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 figli di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a conviventi ad usufruire per lo stesso genitore del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti

☐ che altri familiari di mio/a padre/madre 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 _____ per mesi:_____ gg.:_____

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.:_____

dal _____al _____ per mesi:_____ gg.:_____

dal _____al _____ per mesi:_____ 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:

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'ASL
- ✓ Carta identità del richiedente
- ✓ Carta identità dell'assistito
- ✓ Autodichiarazione rilasciata dall'assistito relativa alla sua posizione di stato civile;
- ✓ Autodichiarazione rilasciata dagli altri aventi diritto di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti

Argenta _____

_____

Firma

Visto:

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Rossella Paola
Ietto

(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, madre, 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)