AL 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

**C H I E D E**

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 e ss.mm.ii., 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.

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

Il/la sottoscritt.............................................................................................................nato/a...................a

............................................ il ..................... CF.......................................residente...........................

.................................................................................................in............................................................... prov........... via/piazza.......................................................................... cap............... **consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 44S del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,**

dichiara:

o di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di......................il.................;

o di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

o di non essere ricoverato a tempo pieno;

o di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge

104/1992 per se stesso;

o di non prestare attività lavorativa;

o di essere parente di .......grado del Sig./ra.............................. in quanto...............................;

o consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal

Sig./ra........................................................................nato/a..................................a.....................

...............C.F.......................................e residente a .....................................................................

Firma

Luogo e data..........................

**DICHIARAZIONE DI EFFETTIVA CONVIVENZA**

**ANAGRAFICA CON LA PERSONA DISABILE**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt ------------------------------------------------------- nat a

--------------------------------------------------prov. ( ) il -------------------- in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con contratto di lavoro a tempo indeterminato in servizio nel corrente anno scolastico presso \_

*DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ*

a norma delle disposizioni contenute nel D.P.R.28/12/2000 n.445, così come modificato ed integrato dall'art.15 della legge 16.1.2003 n.3, di essere effettivamente convivente con il/la sig.

 (specificare la relazione di parentela o

affinità) .nat a il residente a

indirizzo , persona riconosciuta disabile in situazione di gravità e che non è ricoverat…\_ a tempo pieno in una struttura pubblica o convenzionata.

--------

Firma