

**DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL
GENITORE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**
(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001, come modificato dal dlgs 119/2011)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato il _____ a _____ ,
C.F. _____ , residente in _____ (_____)
Via _____ n. _____ in servizio presso questa scuola in qualità di _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 42, comma 5 D.L.vo N. 151/2001 di poter fruire di un congedo straordinario retribuito per assistere il _____ sig./ra _____
nato/a a _____ prov _____ il _____
C.F. _____ residente a _____ in
via _____, in situazione di disabilità grave riconosciuta ai
sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104 del 5 febbraio 1992;
dal _____ al _____

DICHIARA

1. di essere convivente con il _____ (medesima residenza);
2. che il _____ da assistere è stato riconosciuto in condizioni di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104/1992;
3. che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;

4. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di mesi: ____ gg. ____ dal ____ al ____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal ____ al ____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal ____ al ____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal ____ al ____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal ____ al ____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal ____ al ____
numero di mesi: ____ gg. ____ dal ____ al ____
5. di aver già fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni, pari a ____;
6. che il genitore in situazione di disabilità grave non ha altri figli conviventi;
7. che il coniuge del soggetto da assistere è mancante, deceduto o affetto da patologie invalidanti;
8. che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
9. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia a situazione dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Data _____

Firma _____