MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'
(*art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)*

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
CPIA 2 BA - Altamura

OGGETTO: Richiesta CONGEDO BIENNALE per assistenza persona in situazione di Handicap grave (art. 42 co. 5 D.L.gs 151/2001)

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

CHIEDE

di poter usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42 co. 5 del D. L.gs 151/2001, come modificato dall'art. 4 del D.Lgs. 18.07.2011 n. 119, in qualità di figlio – genitore - parente - affine - coniuge di persona

disabile in situazione di gravità, nei seguenti periodi:
dal _____ al _____
dal _____ al _____

DICHIARA:

- ❑ Che il disabile grave da assistere è il/la proprio/a padre/madre- parente -affine- coniuge suocero-a _____ nato/a a _____ il _____, residente nel Comune di _____ (___) in Via _____ n. ____;
- ❑ di aver già usufruito dei periodi seguenti di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto:
  dal _____ al _____ gg. ____
  dal _____ al _____ gg. ____
  dal _____ al _____ gg. ____
  dal _____ al _____ gg. ____
  dal _____ al _____ gg. ____
  dal _____ al _____ gg. ____
  dal _____ al _____ gg. ____

- di aver gia usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per grave e documentati motivi familiari" (art. 4, c, 2 L. N. 53/2000)
- dal _____al _____ gg. ____
- dal _____al _____ gg. ____

Data_____

Firma_____

VISTO: ☐ si concede ☐ non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(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)

Il/La sottoscritto/a _____ nata/o il _____
a _____ e residente a _____ (___),
in via _____, in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____ con rapporto di lavoro a tempo _____

DICHIARA

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:

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:

1. Cognome e Nome _____
   nato/a a _____ il _____
   e residente a _____ (____) alla via _____
   indicare il grado di parentela con il dichiarante _____
   (padre/madre/figlio/coniuge/suocero/altro);
2. Di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
3. Che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata/to a tempo pieno presso istituti specializzati.
4. Che nessun'altro famigliare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
5. Di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
6. Di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità;
   dal _____ al _____ per giorni _____
   dal _____ al _____ per giorni _____
7. 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 della documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n.445.

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

Data, _____ (Firma richiedente)

_____

Si attesta l'adempimento delle disposizioni in materia di controllo delle dichiarazioni sostitutive di certificazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO