

**MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE LA
PERSONA CON DISABILITA'**
(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. GIOVANNI XXIII - DE AMICIS
TRIGGIANO**

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ ,
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 del 08/06/2005 e n. 19 del 26/01/2009 in quanto:

- Genitore della persona con disabilità di età inferiore a tre anni
- Genitore della persona con disabilità di età superiore a tre anni
- Coniuge della persona con disabilità da assistere
- Parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figli, 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

- che l'ASL di _____ nella seduta del ____/____/_____ ha riconosciuto la necessità di sostegno elevato o molto elevato (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 e ss.mm.ii) di:
Cognome e Nome _____
Grado di parentela _____ (1) (data adozione/affido) _____
Data e Luogo di nascita _____
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 specializzato
- di essere convivente (2) con la persona con disabilità all'indirizzo sopraindicato
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per la stessa persona con disabilità
- che i genitori della persona con disabilità, con necessità di sostegno elevato o molto elevato, sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)
- che la persona con disabilità, con necessità di sostegno elevato o molto elevato, non ha figli o non convive con alcuno di essi
- che la persona con disabilità, con necessità di sostegno elevato o molto elevato, non ha fratelli o non convive con alcuno di essi
- che gli altri parenti entro il terzo grado di parentela della persona con disabilità, con necessità di sostegno elevato o molto elevato, non convivono con essa
- di essere a conoscenza della rinuncia degli altri figli di mio/a padre/madre con disabilità, con necessità di sostegno elevato o molto elevato, 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 con disabilità, con necessità di sostegno elevato o molto elevato
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per la stessa persona:
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ 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. _____
dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:
 - intero 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.: _____
 - 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 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 la disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato rilasciato dalla competente commissione medica, Legge 104/1992, operante presso l’ASL
- ✓ Certificato di nascita del familiare o autocertificazione
- ✓ Autocertificazione del richiedente o Dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata dagli altri aventi diritto (se presenti) di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti

Triggiano, ____/____/_____

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 il comune **residenza**, luogo in cui la persona ha la dimora abituale condominio o altro (Messaggio INPS N. 19583/02/09/2009). Il requisito della convivenza si intende soddisfatto anche in caso di **dimora temporanea (valida per un massimo di 12 mesi)**, risultante dall’anagrafe del comune, successivamente alla richiesta di iscrizione nei registri della popolazione temporanea

Visto:

La Dirigente Scolastica