

ISTANZA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER
ASSISTENZA A FAMILIARE DISABILE
(art.42, comma 5, d. lgs. 26 marzo 2001, n.151)

Istituto Comprensivo "Scopelliti-Green"
Rosarno
Prot. _____ del ___/___/_____
Cat. _____ Fasc. _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPrensIVO
"SCOPELLITI-GREEN"
ROSARNO

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

Il/La sottoscritt _____ nato il _____ a _____,
C.F. _____, residente in _____ (_____) Via _____
n. _____ in servizio presso questo Istituto 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 (specificare il grado di parentela) il/la _____ 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 genitore/coniuge/figlio maggiorenne (medesima residenza);
2. che il genitore da assistere è stato riconosciuto in condizioni di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma3, 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 _____

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 _____

DATI E DICHIARAZIONE DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____ il _____ residente a _____ (____) in Via _____ consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000

dichiara sotto la propria responsabilità

- di essere _____ del _____ richiedente con cui convivo e da cui intendo essere assistito in maniera esclusiva;
- di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/92) di _____;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- che il proprio coniuge, convivente, _____, non presta attività lavorativa (solo per genitore);
- che non presterò attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente.

Rosarno, _____

firma
